



**UNIVERSIDAD FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS FLORIANÓPOLIS
CENTRO DE FILOSOFÍA Y CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE POSTGRADUACIÓN INTERDISCIPLINAR EN CIENCIAS
HUMANAS**

Yarlenis Ileinis Mestre Malfrán

**Políticas públicas de salud trans-específica y de reproducción asistida en Cuba: un
análisis feminista interseccional.**

Florianópolis
2021

Yarlenis Ileinis Mestre Malfrán

Políticas públicas de salud trans-específica y de reproducción asistida en Cuba: un análisis feminista interseccional.

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Doutora em Ciências Humanas
Orientador: Prof. Dra. Mara Coelho de Souza Lago
Coorientador: Prof. Dr. João Manuel de Oliveira

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Mestre Malfrán, Yarlenis Ileinis

Políticas públicas de salud trans-específica y de
reproducción asistida en Cuba : un análisis feminista
interseccional / Yarlenis Ileinis Mestre Malfrán ;
orientador, Mara Coelho de Souza Lago, coorientador, João
Manuel de Oliveira, 2021.

174 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa
de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas,
Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Ciências Humanas. 2. feminismo negro. 3.
interseccionalidad. 4. salud trans-específica en Cuba. 5.
salud reproductiva en Cuba. I. Coelho de Souza Lago, Mara.
II. Manuel de Oliveira, João . III. Universidade Federal
de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação
Interdisciplinar em Ciências Humanas. IV. Título.

Yarlenis Ileinis Mestre Malfrán

Políticas públicas de salud trans-específica y de reproducción asistida en Cuba: un análisis feminista interseccional.

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Mara Coelho de Souza Lago, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof.(a) Conceição Nogueira, Dra.
Universidade do Porto – U.Porto

Prof. Pablo Pérez Navarro, Dr.
Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Prof.(a) Lourdes Martínez-Echazábal, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof.(a) Joana Célia dos Passos, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutora em Ciências Humanas.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.(a) Mara Coelho de Souza Lago, Dr.(a)
Orientador(a)

Florianópolis, 2021.

In memoriam a Erik Efraín Pico Jaile que continúa avivando, de forma especial, cada instante de mi existencia.

AGRADECIMENTOS

A mi amigo Oscar Ulloa, sin el cual no habría sido posible siquiera soñar con estar aquí. Por practicar más que nadie, aquello de que todo sueño que se sueña juntxs, nos potencializa, nos hace mejores, nos transforma, gracias mi amigo del alma.

A mi madre, por ser mi principal inspiración siempre, por incentivar me a estudiar desde siempre, mostrándome eso como un camino para mi autonomía. Te amo madrecita.

A Wanton, por la alegría y la certeza con que siempre me aseguró que este proyecto de venir a Brasil, se materializaría

A mis amadas primas Yelena y Claudia por los apoyos y el amor de siempre. También a l@s otr@s prim@s con quien siempre he podido contar: Reymes, Mariana, Madoylis, Moraima, Alexito. A Ileana Alea, por ser parte de esta familia.

A Mara Lago y João Manuel de Oliveira que orientaron esta tesis con tanta seriedad, rigor y al mismo tiempo mostrándome caminos para ser independiente en las decisiones asociadas a esta investigación.

A Mara, infinitas gracias por propiciar que ingresara en este Doctorado, por crear y mantener espacios colectivos de tanto aprendizaje, cuidado, afecto y generosidad. Por los soportes ofrecidos que rebasan lo puramente académico. Grata sempre!

A João Manuel por encantar con sus maravillosas clases, por enseñarme sobre ética feminista más allá del aula, por el incentivo permanente no exento de críticas que me permitió crecer como investigadora. Por me enxergar como uma parceira acadêmica, de igual a igual.

A las participantes en esta investigación por los sagaces análisis que enriquecieron este trabajo. ¡Vamos juntas!

A Geni Núñez, porque mucho de lo conseguido desde el primer día en que puse un pie en la UFSC, se debe a su infinito amor, su genialidad, su generosidad, su apuesta en las realizaciones colectivas, te amo amiga.

A Donis y Yoanky por la delicadeza de cada gesto de solidaridad, por ser hogar en el sentido más amplio y profundo de la palabra, no hay suficientes calificativos para expresar lo que uds significan...

A mis colegas del grupo de orientación, cuyas contribuciones hacen parte de esta tesis. A las primeras colegas que me incentivaron con la calidad sus propios trabajos: Melissa, Adelia, Frederico, Christian. A lxs otrxs colegas con quien compartí tantos aprendizajes, Daian mi interlocutor brillantísimo en los diálogos científicos, personales y un amigo insustituible, Geni un lujo de intelectual, Renata por la profundidad y leveza de sus análisis, Andrielli por avivar nuestros aprendizajes con esa alegría despampanante, Marina por la generosidad de cada lectura, Déborah por la actitud tan acogedora siempre, Verónica por ser soporte en los avatares de ser una alumna extranjera. A todxs por eso y más que no cabe en estas líneas.

A las amigas queridas que el Interdisciplinar me proporcionó: Camila Durães, Liana, Tânia, Edissa, Macelle, Julia, Luciana, Fabi. Por el aliento, apoyo, el afecto generoso, las fiestas latinas, cervezas, forrós, *trilhas*, praias, desabafos, por la amistad.

A Andressa Braun por tanto amor, y compañerismo.

A la comunidad cubana y agregadas del circuito Campeche-Ingleses: Mariurka por la disposición a estar ahí siempre, a Ania por ser calma necesaria en medio de tempestades, a Yanecita por la hermandad, a Ivette por el compañerismo de viejos tiempos, a Ale y Deysita por las comidas deliciosas que sirvieron de pretexto a tantos encuentros, a Lisandro por la disposición para cualquier gestión.

A las personas más lindas y brillantes de Brasil y del mundo (juro que no hay otras como ustedes), con quienes conviví, admiré y me encanté profundamente en el LEGH: Luana, Allison, Juno, Adaiza, Athaysi, Cláudia Pinheiro, Linaia, Reverso, Paul Jardim, Jorge Luiz.

A las hermanas brasileñas, regalos ancestrales que recibí: Nayara Monteiro, Patrícia Alves, Cauane Maia, Feibris Cassilhas. O quanto vocês me inspiram, vocês nem imaginam!

A Alina Herrera por abrazarme de tantas maneras, por ser parte de los momentos más difíciles y al mismo tiempo más lindos, creativos y curativos.

A mi hermana de la vida Sandra Abdalah por su sentido de lo justo, su generosidad infinita, por los cuidados desmedidos, por ayudarme a mantenerme hasta hoy sustentando los proyectos en los que creo.

A Mariana Queiroz por la escucha calificadísima, sensible, sagaz, solidaria, humanizada.

A las preciosidades que encontré en la UFSC, que hicieron mis días más coloridos, en especial a Jéssica Ferreira más conocida por demônia, Ale Mujica, Yanaê, Amanda Vieira, Paulo Valente, Grazzie, Fabricio.

A Iara, a caseira mais top, gente boa, obrigada!

A mis colegas y amigos del Departamento de Psicología de la Universidad de Oriente y del Grupo "Equidad", por las oportunidades que me proporcionaron desde que era estudiante, por la confianza que depositaron en mi trabajo como docente e investigadora. Todo eso sin dudas fertilizó el camino andado hasta aquí.

A los investigadores de Brasil que fueron inspiración para mis análisis y tan generosamente me ofrecieron soporte bibliográfico y oportunidades de aprendizaje: Marília Moschkovich *crush* intelectual de la vida y a Thiago Coacci por todo el admirable trabajo que produce y socializa.

A las profesoras del Doctorado Interdisciplinar que tornaron este proceso de formación doctoral una experiencia significativa.

A CAPES por el financiamiento ofrecido para realizar esta investigación.

RESUMO

Atualmente em Cuba, o campo das políticas públicas de saúde para pessoas trans e usuárias de reprodução assistida é dominado por perspectivas biomédicas e, em menor grau, pelas Ciências Sociais, Humanas e abordagens críticas. Esta pesquisa busca contribuir para uma abordagem feminista da saúde transespecífica e da saúde reprodutiva no contexto cubano. A partir de contribuições desenvolvidas no pensamento feminista negro, adoto a teoria da interseccionalidade e outros contributos do feminismo negro como a matriz de dominação, em diálogo com outros saberes críticos, para analisar privilégios/opressões presentes na saúde transespecífica e reprodutiva. As análises elaboradas foram baseadas no estudo de documentos oficiais, entrevistas com especialistas e usuárias de ambas as políticas. No caso da assistência transespecífica, foi possível detectar a presença de uma matriz de dominação que resultou em inferiorizações ontológicas do sujeito trans como usuário da saúde pública, subordinações institucionais, territoriais e epistêmicas que constroem a política trans com importantes níveis de precariedade. No caso da saúde reprodutiva, foram identificados marcadores como o racismo reprodutivo e a heterossexualidade hegemônica, que têm como efeitos de subordinação interseccional o exílio reprodutivo e a coerção de diversos projetos reprodutivos. As análises e reflexões deste estudo revelam as matrizes de poder que, de forma combinada, estabelecem privilégios/ opressões interseccionais no campo das políticas públicas de saúde analisadas. Seus resultados também colaboram para imaginar uma proposta de política pública interseccional como um projeto emancipatório.

Palavras-chave: feminismo negro, interseccionalidade, saúde trans-específica, saúde reprodutiva, Cuba.

RESUMO EXPANDIDO

Introdução

Esta tese propôs uma abordagem feminista da saúde reprodutiva e da saúde transespecífica em Cuba, ambas formalizadas como políticas públicas do Estado, nomeadamente a Resolução 126/2008 que regulamenta a atenção à saúde de transexuais, e o Programa Nacional de Atenção ao Casal Infértil do ano 2012. Ambas as políticas, adscritas ao Plano Nacional de acompanhamento aos acordos da Conferencia de Beijing'95 fazem parte dos processos impulsados pelo Estado, de consolidação e ampliação dos direitos sexuais e reprodutivos das populações trans e das usuárias da reprodução assistida. Tendo sido criadas dentro de discursos de igualdade e igualdade de gênero de cunho estatal, tais discursos expressam posicionamentos *mainstreaming* que, em alguma medida reproduzem regimes de dominação de gênero, sexualidade, dentre outros. Em tal sentido, optar nesta pesquisa por uma abordagem feminista da saúde trans e reprodutiva, com ênfase nas contribuições do feminismo negro, implica uma potência disruptiva diante de perspectivas de gênero tradicionais que historicamente vem se colocando como marcos das políticas analisadas. Conseqüentemente este estudo buscou explorar os limites e possibilidades da saúde trans e da saúde reprodutiva diante do desafio de transformar desigualdades de gênero no âmbito da saúde pública cubana. Para tal, a pesquisa adotou uma perspectiva interseccional visando analisar privilégios e opressões presentes na saúde trans e na saúde reprodutiva, construídas nos discursos do Estado como promessas de igualdade e inclusão no atual contexto cubano. Optou-se por uma perspectiva de análise interseccional considerando que tal abordagem procura evitar as armadilhas das políticas de igualdade, prestando atenção às complexas matrizes de dominação que instauram privilégios e opressões de forma diferenciada.

Objetivos

Esta tese constituiu um esforço de operar a partir da interseccionalidade com um distanciamento das lógicas que tendem a utilizá-la como uma leitura de marcadores identitários interconectados. Como mostram alguns estudos, a interseccionalidade é um dos alicerces que, ao serem implementados na área da saúde, tem contribuído para tornar esses serviços menos desiguais. Assim, ao usar a interseccionalidade como base para indagar acerca da produção dos cuidados na saúde trans e reprodutiva em Cuba, friso que se trata de uma análise das relações de poder envolvidas nesses cuidados. Tendo como ponto de partida a pergunta: *que matrizes de privilégio/opressão estão presentes nas políticas públicas de saúde transespecífica e reprodução assistida em Cuba?* o objetivo geral da pesquisa foi caracterizar as matrizes de dominação presentes nas políticas públicas de saúde transespecífica e reprodução assistida em Cuba, levando em consideração os privilégios e opressões interseccionais decorrentes de tais matrizes. Em termos de objetivos específicos a tese buscou analisar, a partir de uma perspectiva interseccional, os enunciados formais dessas políticas públicas presentes nos documentos normativos. Foi um propósito também identificar os marcadores sociais que configuram os serviços transespecíficos de saúde e reprodução assistida, a sua relação com as matrizes de dominação, nomeadamente gênero, sexualidade e território. Ainda busquei discutir os limites e possibilidades da atenção em saúde de pessoas trans e usuárias da reprodução assistida.

Metodologia

Considerando que os objetivos desta tese se centraram em analisar questões tais como os eixos de subordinação e privilégios presentes na saúde trans e reprodutiva, formas de organização do poder institucional, vulnerabilidades interseccionais, dentre outras, isso implicou em me questionar sobre como e onde essas dimensões do objeto pesquisado - políticas públicas de saúde trans e reprodutiva - poderiam ser capturadas de forma mais adequada. Igualmente implicou refletir acerca de que tipo de conhecimento pode ser

construído quando se parte de uma abordagem feminista negra para indagar sobre privilégios/opressões associados às políticas públicas de saúde estudadas. Em consonância com esses discernimentos, adotei uma perspectiva de pesquisa qualitativa, inter(in)disciplinada, que possibilitasse a ruptura com o solipsismo epistêmico do conhecimento biomédico acerca das políticas públicas analisadas. Decorrente disso trabalhei com análise dos documentos oficiais de ambas as políticas e com entrevistas a usuárias e profissionais da saúde vinculadas a estes serviços. Usei a problematização recursiva como procedimento metodológico para a construção das informações emergentes no contexto das entrevistas e da análise documental.

Resultados e Discussão

A análise realizada permite identificar a existência de uma matriz de dominação em torno da assistência transespecífica que contempla premissas ontológicas insidiosas sobre o sujeito trans imaginado nos marcos da Resolução 126/2008. Tal análise também revelou a negligência institucional, hierarquias epistêmicas e territoriais que moldam a saúde transespecífica. Esses vetores estabelecem subordinações e privilégios que implicam uma distribuição desigual da assistência transespecífica. Assim, na dimensão estrutural que integra esta matriz de dominação, destacam-se a centralização dos serviços de saúde trans na capital do país e a desarticulação entre as sedes centrais e as instituições de saúde provinciais e locais que garantiriam o alcance destes serviços a todas as pessoas trans do país. No nível do domínio hegemônico como esfera que contém ideais e regulações hegemônicas, muitas vezes condensadas em símbolos e imagens, a política pública posiciona o sujeito trans em um limbo político que denota a prevalência de marcos cisnormativos que intervêm na definição das prioridades em saúde. O domínio disciplinar da matriz assenta numa combinação de mecanismos burocráticos que, por omissão, dificultam o acesso integral à assistência transespecífica (como é o caso da falta de informação pública sobre o processo transexualizador), juntamente com dispositivos cis-coloniais que estabelecem ações jurídicas e médicas para verificar, corrigir e monitorar corpos trans, a partir de um ideal cis-centrado de humanidade. Esses mecanismos se revelam, por sua vez, nas rotinas institucionais, evidenciando a estreita interação entre o domínio disciplinar e o interpessoal como conformadores da matriz de dominação nessa área. No tocante à reprodução assistida, as análises realizadas permitiram identificar o que conta como família para o Estado. Os contornos da família possível baseiam-se no que Ochy Curiel designa como nuclearização e biologização dela, ou seja, a sua redução a uma forma centrada em um casal mulher-homem com filhos e filhas, e a forte valorização dos laços consanguíneos. Essa imagem de família ideal integra o domínio hegemônico de uma matriz de dominação que circunda a reprodução assistida. Por sua vez, esse modelo de família de inspiração burguesa ocidental se cruza com outras prescrições normativas que estabelecem opressões/privilégios interseccionais em torno da saúde reprodutiva. Essas prescrições operam em dois domínios; no nível ideológico, eles condensam ideais de paternidade, parentesco, procriação; na dimensão disciplinar, traduzem-se em formas de controle e vigilância da manutenção desse ideal familiar. É a partir de regulações hegemônicas sobre sexualidade e raça (tais como a ideia de similitude fenotípica entre mãe e filho), que se impõem um conjunto de dispositivos normativos formalizados através de diversas rotinas médicas que derivam em exílios reprodutivos, apropriação de corpos e imposição de ficções naturalizantes de reprodução assistida. A nível estrutural se identificou a inexistência de infraestruturas materiais (como um banco de sêmen) que viabilizem projetos reprodutivos de usuárias que se encontram fora do regime da cisheterossexualidade obrigatória, como é o caso de mulheres solteiras, lésbicas, bissexuais, homens gay e pessoas trans. No entanto, embora uma dimensão estrutural esteja presente como elemento constitutivo da matriz de dominação reprodutiva, ao mesmo tempo esta falta de apoio institucional não pode ser atribuída estritamente a limitações materiais próprias do

país, mas também a uma política de precarização que, desde o início, nega o reconhecimento a um amplo espectro de projetos reprodutivos com base nas estruturas de inteligibilidade que estabelece. Assim, a infraestrutura que viabilizaria outros projetos reprodutivos é constantemente adiada.

Considerações Finais

Esta pesquisa foi instigada pela necessidade de pensar as políticas públicas de saúde a partir de uma perspectiva crítica, com ênfase nas contribuições feministas. Verificou-se que uma perspectiva de *gender mainstreaming* no contexto da saúde pública cubana não é garantia de que as políticas públicas se tornem necessariamente instrumentos em prol da igualdade de gênero. Essa perspectiva *mainstreaming* preserva um paradoxo com o qual as políticas não conseguem lidar de forma produtiva: a universalidade dos direitos em saúde versus as diferenças dos sujeitos que corporificam esses direitos. Subscrevi ao longo da tese que, ao serem inspiradas em pressupostos feministas, as políticas de saúde pública de saúde trans e de reprodução assistida, podem se tornar políticas contra-hegemônicas, expandindo seu potencial emancipatório. Nesse sentido, resolvi pensar: para além de uma perspectiva de gênero *mainstreaming*, quais outros mecanismos de poder poderiam limitar esse potencial emancipatório das políticas públicas de saúde trans e reprodutiva? Ou dito de outra forma, como essa perspectiva de *gender mainstreaming* convoca outras matrizes de dominação junto com ela, precarizando esses cuidados em saúde? Para me guiar nessa indagação, adotei o conceito de matriz de dominação de Patrícia Hill Collins, como uma ferramenta analítica. Como mostrei no capítulo 3, o conceito de matriz de dominação em diálogo com outras contribuições feministas, possibilitou entender como políticas públicas de reprodução assistida e transespecífica podem operar com padrões restritivos e normativos sem necessariamente apelar para a proibição explícita (embora de fato, em alguns casos, sejam identificadas interdições), desencadeando privilégios/opressões interseccionais que impactam de forma diferenciada às usuárias desses serviços. Quando Collins se propõe a introduzir o conceito de matriz de dominação no campo dos debates interseccionais, a autora reinterpreta a interseccionalidade, destacando que não se trata de uma descrição identitária de marcadores sociais que acabam reificando determinadas posições dos sujeitos. Collins (2019), assim como Crenshaw (2002), argumenta que existe uma simultaneidade de opressões e privilégios interseccionais. No entanto, Collins avança nessa reflexão, retirando a compreensão desse fenômeno de uma visão estática e identitarista. Em sua caracterização das matrizes de dominação como fontes de opressões/privilégios interseccionais, Collins (2019) descreve de forma bastante inovadora os elementos constituintes dessa matriz: estruturais, ideológicos, disciplinares e interpessoais. Portanto, tomei cada um dos elementos constituintes da matriz como um guia para compreender a dinâmicas de opressões/privilégios presentes no campo da saúde trans e reprodutiva. Observei as estruturas mais amplas (serviços criados, conexão entre eles, formas de funcionamento e acesso), indaguei acerca das ideologias cotidianas que circulam nas entrelinhas dos enunciados dessas políticas públicas, examinei os mecanismos institucionais, suas lógicas burocráticas tanto a través do contato com usuárias e profissionais destes serviços, como por meio do estudo dos documentos das políticas. Concluí no capítulo 3 que os critérios que definem quais infraestruturas são criadas, onde são estabelecidas, quais procedimentos de verificação são instituídos, quais racionalidades circulam sobre o sujeito trans e o casal infértil, estão associados a concepções normativas de gênero, sexualidade e raça, fundamentalmente. Assim, ao afirmar que a reprodução assistida é “a cura da infertilidade de um casal, propiciada por um gesto humanitário da Medicina”, revela-se a ação simultânea de regimes hegemônicos de gênero, raça e sexualidade que estabelecem situações de subordinação interseccional para usuárias de estes serviços. Tais aspectos constituem o que denominei, seguindo Collins, como matriz de dominação reprodutiva, a que se apresenta com contornos definidos pela heterocisnormatividade e o racismo reprodutivo, expressões de uma

sociedade ex colônia em que matrizes simbólicas ocidentais em torno de gênero, raça e sexualidade são reapropriadas, criando tanto reiterações dessas construções simbólicas ocidentais, quanto possibilidades de fissuras (estas últimas expressadas nos próprios projetos reprodutivos das usuárias que não reverenciam a norma). Em ambas as políticas foi possível verificar mecanismos institucionais que apelam à burocracia, vigilância e escrutínio como formas de apropriação dos corpos, desejos e autonomia das usuárias da reprodução assistida e da saúde trans. De forma geral, considero que esta pesquisa tem um caráter inovador devido às articulações teóricas que foram realizadas, que permitiram uma análise detalhada das experiências de opressão/privilegio presentes nas políticas públicas estudadas. Por outro lado, são poucas as pesquisas que abordem essa temática em Cuba, recorrendo a uma perspectiva feminista, muito menos a uma perspectiva feminista negra, com a qual este trabalho também contribui para a consolidação dos estudos feministas e de gênero no país, ao tempo que estabelece um diálogo com o Estado sobre temas relevantes a serem considerados para a otimização das políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: feminismo negro. interseccionalidade. saúde trans-específica. saúde reprodutiva. Cuba.

ABSTRACT

Currently in Cuba, the field of public health policies for trans people and users of assisted reproduction is dominated by biomedical perspectives and, to a lesser extent, by Social Sciences, Humanities and critical approaches. This research seeks to contribute to a feminist approach to trans-specific health and reproductive health in the Cuban context. Based on contributions developed in black feminist thought, I adopt the theory of intersectionality and other contributions of black feminism as the domination matrix, in dialogue with other critical knowledge, to analyze privileges / oppressions present in health trans-specific and reproductive. The analyzes developed were based on the study of official documents, interviews with experts and users of both policies. In case of trans-specific assistance, it was possible to detect the presence of a domination matrix that resulted in ontological inferiorizations of the trans subject as a public health user, institutional, territorial and epistemic subordinations that build trans policy with important levels of precariousness. In the case of reproductive health, markers such as reproductive racism and hegemonic heterosexuality, which have as effects of intersectional subordination the reproductive exile and the coercion of several projects reproductive. The analyzes and reflections of this study reveal the power matrices that, in combination, establish intersectional privileges/oppressions in the field of policies public health systems analyzed. Its results also collaborate to imagine an intersectional public policy proposal as an emancipatory project.

Keywords: black feminism, intersectionality, trans-specific health, reproductive health, Cuba.

RESUMEN

Actualmente en Cuba el campo de las políticas públicas de salud para personas trans y usuarias de la reproducción asistida es dominado por perspectivas biomédicas y, en menor medida, de las Ciencias Sociales, humanidades y enfoques críticos. Esta investigación procura contribuir con un abordaje feminista de la salud trans-específica y de la salud reproductiva en el contexto cubano. Partiendo de contribuciones desarrolladas en el seno del pensamiento feminista negro, adopto la teoría de la interseccionalidad y otras contribuciones del feminismo negro como la matriz de dominación, en diálogo con otros saberes críticos, para analizar privilegios/opresiones presentes en la salud trans-específica y reproductiva. Los análisis elaborados se basaron en el estudio de documentos oficiales, entrevistas a especialistas y usuarias de ambas políticas. En el caso de la asistencia trans-específica, fue posible detectar la presencia de una matriz de dominación de la que resultan subalternizaciones ontológicas sobre el sujeto trans como usuario de la salud pública, subordinaciones institucionales, territoriales y epistémicas que construyen la política trans con importantes niveles de precarización. En el caso de la salud reproductiva se identificaron marcadores como el racismo reproductivo y la heterosexualidad obligatoria que tienen como efectos de subordinación interseccional el exilio reproductivo y la coacción de proyectos reproductivos diversos. Los hallazgos y reflexiones de este estudio revelan las matrices de poder que, de forma combinada instauran privilegios/opresiones interseccionales en el ámbito de las políticas públicas de salud analizadas. Sus resultados también colaboran para imaginar una propuesta de políticas públicas interseccionales como un proyecto emancipador.

Palabras-clave: feminismo negro, interseccionalidad, salud trans-específica, salud reproductiva, Cuba.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Organización estructural del sistema nacional de salud en Cuba.	27
Figura 2 - Captura de pantalla sobre los descriptores de la transexualidad en los marcos de la Resolución 126/2008	41
Figura 3 - Mapa de localización de los servicios de salud trans-específica en Cuba.	48
Figura 4 - Mapa con la localización de los servicios de reproducción asistida en Cuba.	53
Figura 5 - Operaciones de la problematización recursiva propuesta por Ana María Fernández (2007).	98
Figura 6 - Material promocional utilizado en acciones de prevención en salud con personas trans que practican sexo transaccional	106
Figura 7 - Flujograma de los servicios de orientación jurídica	112

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1 - Acciones y objetivos del Plan Nacional de Seguimiento a los acuerdos de Beijing	
95. Elaboración propia a partir del documento PNB 95.....	32
Cuadro 2 - Participantes en la investigación	95

LISTA DE SIGLAS

APA – Asociación de Psiquiatría Americana

CAPES PEC-PG – Coordinación de Perfeccionamiento de la Educación Superior, Programa de Estudiantes Convenio Posgraduación

CENESEX- Centro Nacional de Educación Sexual

CEPAL – Comisión Económica para América Latina

CIE - Clasificación Internacional de Enfermedades

DSM - Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales

FIV/TE – Fertilización in Vitro y transferencia embrionaria.

FMC- Federación de Mujeres Cubanas

GNTES - Grupo Nacional de Trabajo de Educación Sexual

HSH – Hombres que tienen sexo con otros hombres

IA – Inseminación artificial.

INFOMED - Institución de Referencia Nacional de Información Científica en Salud de las Ciencias Médicas en Cuba.

ISCI – Inyección citoplasmática de espermatozoide.

ITS – Infecciones de Transmisión Sexual

LGBT – Lesbianas, gays, bisexuales, trans

MINSAP – Ministerio de Salud Pública

OMS - Organización Mundial de la Salud

ONEI – Oficina Nacional de Estadísticas e Informaciones

ONU – Organización de Naciones Unidas

PNAPI - Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil

PNB- Plan Nacional de Seguimiento a los acuerdos de Beijing'95

R126/2008 – Resolución 126 del 2008, regula la atención en salud a personas transexuales cubanas.

SEMLAC, Cuba - Servicio de Noticias de América Latina y el Caribe, sede Cuba.

SOJ – Servicio de orientación jurídica

SIDA – Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida

SOCUMES – Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el estudio de la sexualidad

TRA – Técnicas de Reproducción Asistida.

UFSC – Universidad Federal de Santa Catarina

VIH – Virus de Inmunodeficiencia Humana

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	15
CAPÍTULO 1: APROXIMACIÓN A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD TRANS-ESPECÍFICA Y REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN CUBA.	24
1.2 BREVE PANORAMA SOCIOHISTÓRICO SOBRE LOS PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN CUBA.....	25
1.3 DEFINIENDO LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN CUBA.	28
1.4 DE LOS DISCURSOS BIOMÉDICOS A LOS DISCURSOS DE (GÉNERO) BEIJING 95 EN CUBA: DANDO (OTRAS) FORMAS A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD.	30
1.4.1 Beijing como promesa de igualdad de género en el contexto de las políticas públicas de salud en Cuba.	31
1.5 DE LOS DISCURSOS DE GÉNERO A LA “TOMA DE CONCIENCIA”: LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN TRANS-ESPECÍFICA EN CUBA A TRAVÉS DE LA RESOLUCIÓN 126 DEL 2008 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.	37
1.5.1 Sobre los servicios de salud trans-específica a nivel local y provincial.....	45
1.6 EL PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN A LA PAREJA INFÉRTIL EN CUBA.	48
1.6.1 Algunos antecedentes y estado actual sobre la reproducción asistida en Cuba.....	50
CAPÍTULO 2: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD: IMAGINANDO POLÍTICAS FEMINISTAS INTERSECCIONALES.....	56
2.1: UNA PERSPECTIVA FEMINISTA NEGRA: IMAGINANDO POLÍTICAS PÚBLICAS INTERSECCIONALES.	64
2.1.1 Epistemología feminista negra: un marco para impulsar proyectos emancipatorios.	66
2.1.2 La perspectiva de la interseccionalidad: contribuciones para el análisis de las políticas públicas de salud.....	73
2.1.3 Las matrices de dominación: dando forma a las discriminaciones/privilegios interseccionales.....	80
2.1.4 ¿Cómo imaginar/ensayar políticas públicas interseccionales?.....	87
2.2: ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA EL ABORDAJE DE LAS POLÍTICAS DE SALUD TRANS-ESPECÍFICA Y DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA	89
2.2.1 Documentos normativos de las políticas públicas de salud como fuentes de análisis. ...	91

2.2.2 Las interlocutoras y las entrevistas.....	93
2.2.3 Problematización recursiva como operador metodológico para revelar opresiones/privilegios interseccionales	96
2.2.4 Posicionamientos éticos de la investigación.....	98
CAPÍTULO 3: SALUD TRANS-ESPECÍFICA Y SALUD REPRODUCTIVA: UNA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL.	102
3.1 DISPUTAS SIMBÓLICAS Y REGULACIONES SISTÉMICAS: UN PROYECTO DE (DES)ASISTENCIA EN SALUD PARA PERSONAS TRANS CUBANAS.....	102
3.1.1 Entre el reconocimiento de la salud trans-específica y la producción de la vulnerabilidad trans: paradojas de la Resolución 126/2008.	104
3.1.2: Instancias jurídicas y de salud: entre alianzas ciscoloniales y aperturas democráticas para una política ciudadana trans-crítica.	111
3.1.3 Produciendo el sujeto transexual de la Resolución 126/2008 del MINSAP.	116
3.2. LA INVENCION DE LA “PAREJA INFÉRTIL”: FICCIONES HETERONORMATIVAS DE LA REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA.	119
3.2.1 La heterosexualidad como régimen de inteligibilidad de la política pública de reproducción asistida.	120
3.2.2 Óvulos, espermatozoides y deseos: sobre la apropiación de los cuerpos reproductivos por parte del saber/poder biomédico.	125
3.3 AGENCIAMIENTOS INTERSECCIONALES: CONTURBANDO LAS MATRICES DE DOMINACIÓN DE LA SALUD TRANS-ESPECÍFICA Y REPRODUCTIVA.	132
3.3.1 Saberes <i>trans</i> : perspectivas críticas sobre el proceso transexualizador y estrategias de autocuidado de travestis y mujeres trans en Santiago de Cuba.	134
3.3.2 Hormonización como tecnología de género: estrategias de autocuidado de travestis y mujeres trans.....	137
3.4 ITINERARIOS REPRODUCTIVOS: ENTRE EL TIEMPO DEL DESEO Y EL TIEMPO DE LA ESPERA.....	142
CONSIDERACIONES FINALES	145
ANEXOS.....	168

INTRODUCCIÓN

Esta investigación, debe su principal inspiración a una paradoja. Las preguntas que aquí me formulo parten del conocimiento de que las políticas públicas desarrolladas en un país socialista – Cuba - procuran crear un contexto de igualdad. Al mismo tiempo, no es siquiera esperable que dichas políticas públicas modifiquen radicalmente las estructuras de dominación presentes en la esfera social, aun cuando dichas matrices de dominación sirvan de punto de partida para esa búsqueda de la igualdad. Con Joan Scott (2002; 2005) aprendimos que, entender las políticas como eminentemente paradójicas nos evita caer en polarizaciones, asumiendo a las mismas como un proceso abierto, sujeto a renegociaciones constantes que conecten principios de igualdad con justicia social.

Esta tesis se sitúa en ese terreno de disputa teórico-político. El ámbito específico es el de la salud reproductiva y salud trans-específica y la óptica analítica es el feminismo, considerado en su pluralidad teórica y su capacidad de operar como una intervención ética y política. El devenir cada vez más efervescente de los feminismos viene mostrando que en él tienen cabida una multiplicidad de preocupaciones, entre ellas, el desarrollo de políticas públicas emancipadoras que trasciendan las lógicas de la igualdad y de los derechos que hoy se muestran insuficientes para abarcar la complejidad de los sujetos, sus demandas y los contextos en las que estas emergen (BUSTELOS, 2009).

Un feminismo que se define cada vez como más interseccional (CRENSHAW, 2002) comparece para advertirnos que “la construcción de políticas para la igualdad de género comienza ahora a evitar las trampas de las políticas no interseccionales y procura intentar responder a situaciones de mayor complejidad”¹ (OLIVEIRA, 2017, p.106-107). En sintonía con esta preocupación, algunas investigaciones realizadas en Cuba señalan la necesidad de incorporar perspectivas críticas en el campo de las políticas públicas de salud, principalmente de aquellas que se ocupan de los sujetos que se localizan en los márgenes del orden hegemónico de género y sexualidad (MARTÍNEZ *et al*, 2007; ROQUE, 2011, 2013; PEÑA 2015; KIRK, 2015; SEMLAC, 2018). Es a partir de este desafío que me sitúo en esta investigación, abordando la salud trans-específica y la salud sexual y reproductiva como políticas públicas del contexto cubano destinadas a grupos específicos.

¹ Todas las traducciones son responsabilidad de la autora de la tesis. En algunos momentos del texto opto por mantener las citaciones en el idioma original ya sea portugués o inglés, atendiendo a que la citación original cobra sentido en el contexto de las ideas que se están esbozando en las diferentes partes de la tesis. Mantener algunas citaciones en el idioma en que originalmente fueron escritas, también constituye una forma de erosionar las fronteras lingüísticas de diferentes contextos geopolíticos que, no obstante, dialogan sobre temas que tienen un alcance más allá de las fronteras geográficas en que tales ideas suelen ser circunscritas.

Desde finales de la década de los '90 podemos reconocer un posicionamiento público del Estado cubano a favor de una agenda de igualdad de género, concretada en la reformulación y/o creación de determinadas políticas públicas. Tal posicionamiento, expresado en la elaboración de un Plan Nacional de Seguimiento a los Acuerdos de Beijing 1995 (en lo adelante PNB), pretendía ser una intervención transformadora que buscaba “dar paso a concepciones no discriminatorias y a nuevos roles a desempeñar por hombres y mujeres” (CEPAL², 2015, p.3). A partir de aquí, un conjunto de esferas de la sociedad cubana fue reconfigurada por medio de la intervención estatal, entre ellas el ámbito de la salud pública (CONSEJO DE ESTADO, 1999).

Precisamente la acción 44 de este Plan se comprometía a “instrumentar con perspectiva de género, nuevas formas de intervención sobre aspectos que afectan la salud de la mujer” (CONSEJO DE ESTADO, 1999, p.15). Como se constata en esta declaración, se operaba con una idea de género que viajaba del Estado a la sociedad civil, y que tomó como sujeto principal de sus acciones a la mujer, expresando así su adhesión a determinados usos instrumentales del género que han estado presentes en organismos internacionales como las Naciones Unidas. Como resultado de ello, la perspectiva de género asumida por las instancias estatales se distingue por su carácter descriptivo, instrumental, su manejo indistinto de términos como hombre/mujer bajo el paraguas “género”, sin que ello implique necesariamente que dicha perspectiva de género se constituya en una herramienta de transformación social (MOSCHKOVICH, 2018).

Es dentro de este contexto que comienza a definirse el objeto de estudio de esta tesis, con el propósito de observar las argumentaciones de las políticas públicas de salud que, apelando a una cierta idea de género, establecen prácticas de cuidado en la escena institucional de la salud pública. Sucesivas actualizaciones del PNB (Beijing+5, Beijing+10, Beijing+15, Beijing +20 y Beijing+25) continuaron dando forma a las políticas públicas de salud. No menos importante resultó (en términos de condiciones de posibilidad de una entrada formal del género en la esfera pública) la institucionalización de los estudios de género en la academia cubana entre comienzos y mediados de la década de los '90 coincidiendo con los discursos estatales post-Beijing, sobre género e igualdad de género (CANALS, 2018). Yo misma vivencí, unos diez años más tarde y ya como profesora universitaria, la entrada de los

² La Comisión Económica para América Latina o CEPAL es una de las cinco comisiones regionales para América Latina establecida por las Naciones Unidas (ONU). Información retirada de <https://www.cepal.org/es/acerca#:~:text=La%20Comisi%C3%B3n%20Econ%C3%B3mica%20para%20Am%C3%A9rica,a%20funcionar%20ese%20mismo%20a%C3%B1o.&text=La%20CEPAL%20es%20una%20de,est%C3%A1%20en%20Santiago%20de%20Chile>.

estudios de género en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Oriente de Santiago de Cuba, lo que revela las diferentes temporalidades que operan dentro de un mismo país, en lo que respecta a la institucionalización de discursos e ideas en torno al género.

Me formé en la carrera de Psicología durante los años 1994 a 1999 y no existía en ese momento de efervescencia de discursos post-Beijing ninguna asignatura de género en el currículo, lo cual ilustra que esos posicionamientos estatales no estaban necesariamente inspirados en teorías sobre género, ni crearon espacios de diálogo con la academia. Posteriormente, en el año 2003, siendo parte de un claustro de profesoras de Psicología Social, diseñamos la primera asignatura de estudios de género en la Carrera de Psicología de la Universidad de Oriente, en Santiago de Cuba (ULLOA; MESTRE MALFRÁN, 2009; REYES, 2012).

Esta trayectoria muestra, en alguna medida, el propio recorrido del género – como concepto y herramienta política – en Cuba. Un itinerario que está marcado por la emergencia de estos discursos en la voz del Estado (que a su vez los importa de las agendas globales) a la sociedad civil, vía políticas públicas, coincidiendo con una incipiente entrada de los estudios de género a la academia, sin que necesariamente estos discursos dialoguen entre sí. Esta tesis se inserta en esa trama constitutiva de las relaciones entre género y políticas públicas, en el sentido de reflexionar acerca de cómo una concepción de género se integra y (des)orienta las políticas públicas (SCOTT, 2019), y como estas últimas, en tanto matrices discursivas, también (re)producen concepciones de género conectadas con otras matrices de dominación (COLLINS, 2019). Esta reflexión a su vez está íntimamente vinculada a la necesidad de examinar las prácticas de cuidado en salud que son guiadas por estas perspectivas.

A tono con esa trayectoria, mi interés investigativo se fue perfilando en la dirección de explorar los límites y posibilidades de políticas públicas de salud de cara al desafío de transformar desigualdades de género, justamente por el hecho de que, en los discursos oficiales, este tipo de políticas ha sido continuamente presentada como garantía de derechos para diversos grupos históricamente discriminados (PEÑA, 2015). Por otra parte, la mayoría de las políticas públicas cubanas han tendido a ser concebidas de forma masiva³, reproduciendo una lógica universalista de “igualdad para todos”, en la que los sujetos de esa igualdad resultan ser, generalmente hombres y mujeres considerados bajo una perspectiva

³ Un ejemplo de ello es la política de planificación familiar que tiene como objetivo de su accionar a toda la sociedad cubana. En las acciones de divulgación de esta política, a través de los medios de comunicación, ella suele ser presentada como una plataforma que abarca a toda la ciudadanía cubana. Ver: <http://www.cuba.cu/salud/2018-08-09/planificacion-familiar-en-cuba-derecho-de-todos-/42992> también puede consultarse esta otra publicación: <http://www.granma.cu/cuba/2018-07-10/planificacion-familiar-un-derecho-humano-10-07-2018-21-07-56>

esencialista, respectivamente cisgéneros y heterosexuales (AUXILIADORA, 2005; LUNDGREN, 2008; MESTRE MALFRÁN; OLIVEIRA; LAGO, 2019).

Es así como mi foco investigativo se volcó para el análisis de políticas públicas de salud que señalizaban una posibilidad de desafiar radicalmente las concepciones hegemónicas de género, que tenían el potencial de colocarse como “nuevas intervenciones” tal y como se anunciaba en las actualizaciones del PNB de los años 2000. Es por ello que escogí trabajar con la salud trans-específica y la reproducción asistida como objetos de análisis, las cuales se ubican precisamente dentro de este marco temporal (años 2000) y dentro de estas inscripciones discursivas referidas a la incorporación de una perspectiva de género en el ámbito de la salud pública.

Tanto la Resolución 126/2008 que regula la atención en salud para personas transexuales⁴, como el Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil del año 2012 surgidas en una etapa de estabilización e inserción de los discursos (científicos y no científicos) sobre el género en diferentes espacios de la sociedad cubana, están asociadas a los procesos de consolidación y ampliación de las políticas del país en materia de derechos sexuales y reproductivos, como expresión de una voluntad política estatal. La implementación de políticas públicas con “nuevas perspectivas de género” que se inició a mediados de los años '90, amplió sus contornos para abrazar una perspectiva de derechos humanos, en un movimiento que procuraba ser inclusivo de otros grupos históricamente desfavorecidos como es el caso de las personas trans cubanas (ROQUE, 2011; 2013; CEPAL, 2015; KIRK, 2015; ESPINA, 2017; CASTRO, 2017).

Esta diversificación de los sujetos y de las demandas a ser atendidas a través de las políticas públicas abría el diapasón de las cuestiones a ser abarcadas por las mismas: géneros disidentes, cuerpos no reproductores de forma “natural”, modelos de familia, de parentesco, parentalidad; en fin, un conjunto de desafíos en torno a la autonomía de diversos cuerpos, que no eran apenas de mujeres, vistas desde una perspectiva esencialista. Son justamente estas complejidades las que me condujeron a querer comprender cómo ese conjunto de marcadores sociales se expresaba en cuidados a la salud en el contexto de políticas públicas.

Es así como llegué a optar por el paradigma de la interseccionalidad (CRENSHAW, 2002; COLLINS, 2019) como lente de lectura fundamental que me permitiría analizar el modo en que las agendas de estas dos políticas públicas en salud cubanas consiguen (o no)

⁴ Transexuales es el término empleado en la Resolución que se analiza en este estudio. Aunque en la resolución se adopte el término transexuales, a los efectos del presente trabajo uso el término trans considerando una diversidad de expresiones de género, y no apenas el modo en que es asumido en la Resolución cubana.

aproximarse a la preconizada finalidad emancipatoria y a las complejidades envueltas en las demandas de las usuarias de las políticas públicas.

Cuando Kimberlé Crenshaw (2002), una de las pioneras en los debates sobre interseccionalidad, interpuso una acción jurídica contra la multinacional “*General Motors*”, buscaba denunciar y erradicar las políticas discriminatorias de esta empresa que colocaban a las mujeres negras estadounidenses en una situación de desventaja en el mercado laboral. En su texto “*Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*”, Kimberle Crenshaw (1989) presenta un análisis crítico del caso De Graffenreid Vs General Motors, relatando que a partir de 1970 todas las mujeres negras contratadas por esta empresa fueron sucesivamente despedidas. Un grupo de cinco mujeres negras procesó jurídicamente a la empresa sin obtener una respuesta favorable del tribunal, quien juzgó que no había existido discriminación de género ni discriminación racial y que no debía crearse un nuevo recurso legal para contemplar las demandas de estas cinco mujeres. Para sustentar esa acción jurídica, Crenshaw apeló a un concepto que ya estaba presente en las reflexiones de feministas negras como Sojourner Truth (1851), la Colectiva del Río *Combahee* (1988) y Angela Davis (2016), pero que sería acuñado por ella.

Consecuentemente, las argumentaciones jurídicas de Crenshaw ganaron consistencia a partir de su apelo a una herramienta teórico-conceptual y política como la interseccionalidad. En esta tesis, pretendo mostrar la pertinencia de esas contribuciones feministas negras para imaginar políticas públicas de salud interseccionales y, por ende, emancipadoras y democráticas, lo que puede ser concebido a partir de las conexiones e interfaces del feminismo negro con otros saberes críticos de dentro y fuera del propio feminismo, incluyendo los saberes sometidos⁵ (FOUCAULT, 2000) de las usuarias consideradas *stakeholders* (FREEMAN, 1994). Así como Crenshaw, también opté por escuchar a mujeres que fueron descartadas por políticas públicas de salud, por considerar que sus saberes operan “una insurrección (...) contra los efectos de poder centralizadores que están ligados a la institución y al funcionamiento de un discurso científico” (FOUCAULT, 2000, p.23).

En este sentido, tomo como uno de los lentes críticos para examinar estas políticas públicas, a las *experiencias fallidas* de usuarias de estos servicios de salud. Entiendo estas experiencias fallidas como una posibilidad analítica del sistema de salud, (y no como una

⁵ La noción de saberes sometidos o saberes subyugados de Michel Foucault (2000) aparece detallada en su obra “Defender la sociedad”. Por tales entiende al conjunto de saberes desvalorizados como carentes de cientificidad, insuficientemente elaborados, jerárquicamente inferiores. Foucault explica que, por medio de la reaparición de esos saberes locales y descalificados, se hace posible la crítica.

intención de desacreditar a este último), en tanto un sistema que, en su propio ejercicio de representar a algunas usuarias, deja fuera o torna irrepresentables a otras. A la par de las proposiciones de Crenshaw (2002), sigo las inspiraciones analíticas de Teresa de Lauretis (1987) al referirse a las tensiones constitutivas en torno a la definición de un sujeto de la política. Es decir, procuro observar críticamente al sistema de salud desde la perspectiva de aquellas que, estando situadas en los márgenes de las representaciones dominantes, cuestionan los términos - ¿médicos? - de reconocimiento y legibilidad con que este sistema define quiénes son sus usuarias/os.

Por su parte, Kimberlé Crenshaw (2002) ha expresado que la formulación de políticas interseccionales exige poner en práctica estrategias que privilegien el análisis desde abajo hacia arriba, tomando en consideración a las propias personas en tanto usuarias de estas políticas.

Derivado de lo expuesto hasta aquí, suscribo que esta tesis se interesa por indagar acerca de los privilegios y opresiones interseccionales (COLLINS, 2019) que suponen determinadas concepciones de género en políticas públicas de salud construidas como promesas de igualdad e inclusión en el contexto cubano actual. Tal indagación aporta indicios que pueden ser relevantes para trazar políticas públicas interseccionales, entendidas estas últimas como un proyecto emancipador, capaz de promover una democracia de género (OLIVEIRA, 2017). Cuando se hace referencia a una democracia de género, ello implica considerar que no sean las normas de género ni ninguna autoridad externa la que defina el proyecto de lo que queremos/podemos ser, cabiendo al Estado ofrecer tales garantías. Se trata de una postura epistemológica y política que trasciende la retórica de los derechos humanos como ejes estructurantes de las políticas públicas de salud y procura pensar el modo en que tanto la salud trans-específica como la salud sexual y reproductiva, pueden inscribirse en el horizonte de la autodeterminación de género, tal como es propuesto por el movimiento por la despatologización de las identidades de género.

Esta tesis ha sido también un esfuerzo por operar a partir de la interseccionalidad con un cierto distanciamiento de las formas más recurrentes que tienden a usarla como una lectura de marcadores identitarios interconectados. Como muestran algunos estudios, la interseccionalidad es uno de los fundamentos que, al ser implementados en el campo de la salud, ha contribuido a tornar estos servicios menos desiguales (BUSTELOS, 2009; TOPA; NOGUEIRA; NEVES, 2018). No obstante, usar la interseccionalidad como un fundamento para analizar la producción de cuidados en salud, implica problematizar las relaciones de poder envueltas en esos cuidados. Como afirman Lucas Platero (2015) y Patricia Hill Collins

(2019), la interseccionalidad es también un análisis acerca de cómo funciona el poder, siendo esta la vertiente investigativa interseccional de la que hago uso en esta tesis. A partir de ahí procuro imaginar políticas públicas interseccionales, y para ello apelo a los saberes feministas negros por entender que los mismos son fundamentales para alcanzar este propósito.

Para explorar e imaginar esas posibilidades, esta tesis recurre a un cuestionamiento acerca de cuán permeables son esas políticas públicas a la interseccionalidad, una idea desarrollada por Lucas Platero en su investigación doctoral acerca de políticas públicas sobre la ciudadanía íntima en el contexto español (PLATERO, 2013). Si atendemos al significado del término permeable, este último indica la posibilidad que tiene una superficie de dejar pasar líquido a través de sus poros. Llevándolo al terreno de la investigación, se trataría de explorar las porosidades interseccionales de las políticas públicas de salud, qué marcadores sociales, relaciones de poder ellas (des)consideran en la gestión del cuidado de las usuarias. Estos parámetros son fundamentales para identificar privilegios/opresiones interseccionales asociados a las políticas públicas de salud.

Tales inquietudes investigativas se sintetizan en la **pregunta de investigación que orienta esta tesis**: *¿Qué matrices de privilegio/opresión están presentes en las políticas públicas de salud trans-específica y de reproducción asistida en Cuba?*

Cuando me refiero a privilegios/opresiones interseccionales destaco que estos últimos están conectados a una matriz de poder propia de cada contexto social e histórico (COLLINS, 2019). En tanto una dinámica de fuerzas múltiples y actuantes a diferentes niveles (estructural, disciplinar, ideológico e interpersonal) una matriz da forma, molda los privilegios y opresiones que vendrán a ser vivenciados por los miembros de una sociedad. Siguiendo las consideraciones de Collins, subrayo que esta matriz tiene un carácter estructurante, organizador (no necesariamente estático o fijo) y su acción se torna posible por medio de diferentes regímenes de poder.

De estas consideraciones se derivan los siguientes OBJETIVOS:

Objetivo general

Caracterizar las matrices de dominación presentes en las políticas públicas de salud trans-específica y de reproducción asistida en Cuba, teniendo en cuenta los privilegios/opresiones interseccionales resultantes dichas matrices.

Objetivos específicos:

-Analizar a partir de una perspectiva interseccional, los enunciados formales de estas políticas públicas expuestos en sus documentos normativos.

- Identificar los marcadores sociales que moldean los servicios de salud trans-específica y de reproducción asistida, su relación con matrices de dominación y el modo en que se interseccionan produciendo opresiones/privilegios de forma diferenciada.

-Discutir los límites y posibilidades de la atención en salud para personas trans y personas demandantes de la reproducción asistida, a través de entrevistas con usuarias y profesionales vinculadas a estos servicios de salud.

Considero que las respuestas a la pregunta de investigación que me formulo en esta tesis, por un lado, permiten identificar las (im)permeabilidades interseccionales, o sea, en qué aspectos dichas políticas están (des)atendiendo la complejidad del contexto social y de la vida de las usuarias, (CRENSHAW, 2002; BUSTELOS, 2009; PLATERO, 2012; 2013, 2015; NOGUEIRA, 2017; COLLINS, 2019). Por otro lado, y derivado de lo anterior será posible imaginar una reformulación de estas políticas, inspirada por presupuestos interseccionales.

Consecuentemente la tesis que defiendo es la siguiente: Aun cuando las políticas públicas de salud omitan en sus procesos de implementación, los diversos marcadores sociales que componen las demandas de sus usuarias, dichos marcadores sociales operan creando situaciones de privilegio/opresión interseccionales que se revierten en el carácter diferenciado de los cuidados en salud. Un análisis interseccional de las políticas públicas de salud permite detectar las matrices de dominación usualmente invisibilizadas en virtud del enfoque universalista de las políticas públicas de salud. Este análisis interseccional auxilia en dos tareas claves: 1) reconocer múltiples ejes de discriminación envueltos en las políticas y, al hacerlo, impulsar transformaciones efectivas de las relaciones de poder que sustentan tales discriminaciones interseccionales; 2) contribuir con una reformulación de las políticas públicas teniendo como horizonte una perspectiva democrática de género y un proyecto de justicia social.

En el **capítulo 1** presento el objeto de investigación en su contexto. Se trata de una localización de algunos de los procesos políticos e históricos que ayudan a entender cómo es que se llega a la implementación del Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil y la Resolución 126/2008, en tanto políticas públicas de salud insertadas en un contexto socialista e inscritas en discursos de igualdad de género de cuño estatal. También expongo las concepciones biomédicas que orientan la construcción de políticas públicas de salud en Cuba. Junto con tales concepciones, muestro los discursos estatales que han definido la perspectiva de género como marco que transversaliza la atención en la salud pública cubana.

El **capítulo 2** se divide en tres partes. En la sección inicial del mismo, y partiendo de las limitaciones detectadas en las formulaciones cubanas sobre políticas públicas de salud con

enfoque de género, expongo cómo algunos presupuestos feministas post-estructuralistas y otros saberes críticos de las ciencias humanas pueden inspirar otra concepción de las políticas públicas que no esté centrada necesariamente en la “igualdad” o “derechos para todos”, sino que desafíe esta idea dado su carácter excluyente de múltiples sujetos. En resumen, se trata de presentar los fundamentos epistemológicos que me permiten comprender a las políticas públicas como un proyecto feminista y, por ende, de carácter emancipador.

La segunda parte de este capítulo 2 está dedicada a argumentar la relevancia de la teoría de la interseccionalidad como el marco analítico central para el abordaje de las políticas públicas de salud que constituyen objeto de esta tesis. Expongo en qué consiste el uso de la interseccionalidad como una heurística o herramienta analítica para el examen crítico de las políticas públicas de salud, permitiendo revelar las matrices de dominación que actúan en su conformación. Posteriormente presento mis reflexiones en torno a cómo pueden ser imaginadas políticas públicas de salud interseccionales a partir de las inspiraciones de los saberes feministas negros.

Tomando como base a estas inspiraciones analíticas, la tercera parte del capítulo 2 aborda las estrategias metodológicas de la investigación. Opté por la problematización recursiva de Ana María Fernández (2007) como procedimiento metodológico para el análisis de privilegios/opresiones interseccionales presentes en las enunciaciones formales de los documentos de las políticas públicas, en los relatos de las especialistas y de las usuarias entrevistadas.

El **capítulo 3** está compuesto de dos apartados. En el primero de ellos presento el análisis de los documentos vinculados a las políticas estudiadas. Haciendo uso del concepto de matriz de dominación como clave de análisis, examino las dinámicas institucionales que establecen prácticas discriminatorias en el ámbito de la salud trans-específica y la salud reproductiva. En la segunda parte del capítulo tengo como foco las propuestas analíticas construidas en diálogo con las colaboradoras de la tesis. Las mismas ofrecen tanto una lectura de los fallos del sistema de salud en el reconocimiento y atención a sus demandas, como las estrategias de resistencia que componen su trayectoria e intervienen en los procesos de construcción de su autonomía. Ambos análisis procuran delinear los contornos de la matriz de dominación reproductiva y trans-específica, así como los privilegios/opresiones interseccionales asociados a estas matrices de poder en el ámbito de la salud.

Las consideraciones finales sintetizan las principales problematizaciones que fueron construidas a lo largo de la investigación y algunos caminos posibles para dar continuidad a los estudios sobre este estema en el país.

CAPÍTULO 1: APROXIMACIÓN A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD TRANS-ESPECÍFICA Y REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN CUBA.

El objetivo de este capítulo es presentar el objeto de estudio consistente en las políticas públicas de salud trans-específica y reproducción asistida en Cuba, cuyas especificidades son descritas en las secciones 1.5 y 1.6, dado que previamente me centro en trazar un panorama que contempla algunas de las condiciones socio-históricas que marcan los procesos de implementación de las políticas públicas post-revolución. Dentro de este contexto debato algunas de las conceptualizaciones más influyentes acerca de políticas públicas de salud cubanas, instituidas principalmente dentro de discursos biomédicos. Formando parte de esta arena discursiva, es que se establecen la Resolución 126 del 2008 para la atención en salud a personas transexuales⁶ y el Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil⁷ (MINSAP, 2008; 2012).

A la par de ello, es importante considerar que un punto de inflexión dentro del proceso de conformación de las políticas públicas de salud en Cuba, fue la adhesión del Estado a los acuerdos internacionales derivados de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) y de la IV Conferencia Mundial sobre Mujeres en Beijing (1995). Tal adhesión significó un compromiso de las políticas públicas de salud con la igualdad de género. Tanto la Resolución 126 del 2008 como el Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil, forman parte de las acciones estatales de consolidación y ampliación de las políticas públicas en materia de derechos sexuales y reproductivos en Cuba (ROQUE, 2011; PEÑA, 2015; KIRK, 2015; CASTRO, 2017).

El capítulo finaliza con una descripción de las principales regulaciones normativas asociadas a políticas públicas, lo que permite identificar el modo en que ellas han sido construidas en el contexto cubano. Para tal expongo las dinámicas organizativas que distinguen a la salud reproductiva y trans-específica en el país, y que se dan en estrecho vínculo con las lógicas de funcionamiento del Ministerio de Salud pública cubano (en lo adelante MINSAP). Me apoyo en algunas representaciones (imágenes, mapas y cuadros resúmenes) para mostrar la ubicación de algunos de esos servicios a nivel nacional, provincial y otras informaciones relevantes. A pesar de los criterios de clasificación diferenciadores de estas dos instancias de cuidados en salud (que distinguen una Resolución de un Programa

⁶ A la que designaré indistintamente como política de salud trans-específica por tratar de los servicios y cuidados en salud que han sido concebidos de forma específica para atender necesidades de personas trans cubanas.

⁷ La designaré como política de reproducción asistida por referirse a los cuidados y servicios en salud pública que implementan diferentes procedimientos para asistir a las parejas cubanas que desean tener hijos por esta vía ofrecida por el Estado.

Nacional de Salud), presento las evidencias que me conducen a considerar a ambas como políticas públicas de salud atendiendo a las lógicas imperantes en el contexto cubano.

El panorama trazado a lo largo de este capítulo pretende cubrir las siguientes dimensiones del objeto de investigación: su concepción dentro del sistema de salud pública cubano y dentro de los discursos de género asumidos por el Estado. Me interesa sobre todo dilucidar las implicaciones de esa doble inserción de las políticas públicas de salud estudiadas, su inscripción en los discursos biomédicos y en discursos sobre género, así como algunos efectos de esas inscripciones.

1.2 BREVE PANORAMA SOCIOHISTÓRICO SOBRE LOS PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN CUBA.

Es preciso hacer una breve referencia a algunas condiciones sociohistóricas que irán a dar forma a las políticas públicas en el contexto social cubano. Estas últimas integran lo que se denomina política social cubana, entendida como el eje central de la gestión pública desplegada por el Estado. La política social se refiere así al subconjunto de políticas públicas implementadas en las diversas esferas de la sociedad cubana (PAZ; ESPINA, 2011).

Como ha afirmado la socióloga cubana Rosa María Hernández (2016), a raíz del triunfo revolucionario, el modelo de desarrollo social se ha distinguido por una concepción política basada en la centralidad del Estado en la provisión del bienestar y en una vocación de justicia social, por medio de la implementación de políticas de carácter universal. En esta misma línea, Mayra Espina (2008) había apuntado que

La política social cubana durante el período revolucionario puede ser calificada como una **política de igualdad**, ya que su brújula y su meta consisten en lograr **igual acceso en oportunidades de bienestar** y resultados equiparables en la satisfacción de las necesidades para todos los sectores sociales a partir de la eliminación de la explotación y la exclusión [...] El eje de esta política es la **universalización de los derechos sociales de ciudadanía para garantizar una cobertura total** en alimentación básica, educación, **salud**, seguridad y asistencia social, empleo y acceso a bienes culturales. Estos derechos son provistos, en un nivel básico, a toda la población, sin distinción de ingreso, a través de mecanismos no mercantiles (mediante asignaciones gratuitas y subvenciones). Esta política ha sido exitosa en términos de **integración social y equidad** (ESPINA, 2008, p.143, *destaques míos*).

Coincidiendo con lo enunciado por Espina (2008, 2017) y Hernández (2016) otras investigaciones nacionales reconocen que además de la universalidad, cobertura integral, las políticas se caracterizan por un movimiento de arriba hacia abajo, en el que la voluntad

política del del Estado establece las acciones fundamentales a ser desplegadas (AUXILIADORA, 2005). En tal sentido se ha reconocido que, junto con el protagonismo estatal en el otorgamiento de derechos a la ciudadanía, existe “una falta de espacios de participación política, en detrimento de la agencia de los sujetos para dialogar críticamente con su realidad y transformarla” (HERNÁNDEZ, 2016, p.5). Esta falta de horizontalidad en el diálogo entre Estado y la ciudadanía da lugar a que se invisibilicen formas de desigualdad que afectan a grupos específicos dentro del conjunto de la sociedad cubana, existiendo una tensión entre la centralización y la necesidad de considerar demandas localizadas de determinados grupos y contextos específicos del país (TORRES, 2016).

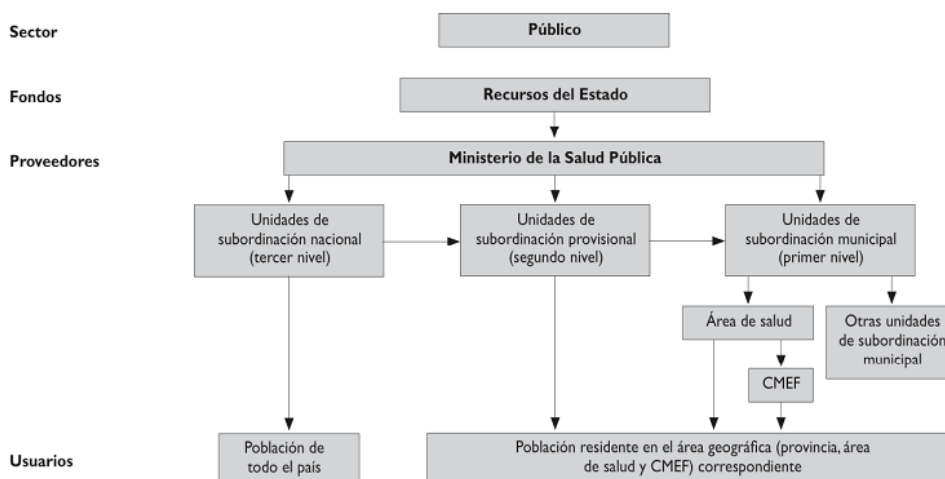
Por ende, las políticas públicas cubanas se constituyen dentro de esta tensión, caracterizado por Mayra Espina en los siguientes términos: “a pesar de la efectividad de la política social integradora del socialismo cubano, algunas desventajas históricas no han podido ser removidas en todas sus expresiones, en buena medida debido al modelo universalista y homogeneizador de la política social” (ESPINA, 2008, p.140). Como suscribimos en un trabajo anterior, las políticas de igualdad y su relación con la diferencia son eminentemente paradójicas, pues las identidades (usualmente accionadas cuando se conciben estas políticas) son procesos contingentes y complejos, sujetos a transformaciones que operan con la lógica tanto de la universalidad de la ciudadanía como con la óptica de la especificidad de condiciones de diferentes grupos, en un juego entre igualdad y justicia (MESTRE MALFRÁN; LAGO; OLIVEIRA, 2018).

El contexto brevemente descrito en las líneas precedentes, es el espacio en el que se insertan las políticas públicas de salud haciendo parte del universo de políticas sociales dirigidas e impulsadas por el Estado, constituyéndose como un derecho que encuentra respaldo en la Constitución de la República a partir del triunfo revolucionario (DOMÍNGUEZ-ALONSO; SACCA, 2011; VALENTI, 2015). Con la creación del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) en 1963 quedan refrendados el carácter universal y la cobertura integral a la salud como garantía de iguales oportunidades de acceso y asistencia en salud para todas las personas cubanas. De tales condiciones resultan los logros ostensibles que muestra la salud pública cubana, la que constituye una referencia internacional, principalmente dentro de la región América Latina y el Caribe (LA OSA, 2011; DOMÍNGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011; ROLLO; WEBER, 2018).

Corresponde al MINSAP dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de las políticas del Estado en el sistema nacional de salud (SNS). Este sistema quedó establecido en 1968, pautándose en su carácter único, centralizado y regionalizado (DOMÍNGUEZ-ALONSO;

ZACCA, 2011). En términos estructurales y organizativos, el SNS posee tres niveles administrativos (nacional, provincial y municipal), estando sus servicios desagregados en cuatro instancias: nacional, provincial, municipal y sectorial, como se muestra en el esquema siguiente.

Figura 1- Organización estructural del sistema nacional de salud en Cuba.



CMEF: Consultorio del médico y la enfermera de la familia

El sistema de salud cubano opera bajo el principio de que la salud es un derecho social inalienable, por lo que todos los cubanos tienen derecho a servicios integrales de salud. Estos servicios se financian casi exclusivamente con recursos del gobierno. El Ministerio de Salud Pública es el organismo rector del sistema nacional de salud, concentra los recursos dedicados a la salud y opera los servicios en todos sus niveles. El nivel primario debe dar solución aproximadamente a 80 % de los problemas de salud de la población y sus servicios se prestan fundamentalmente en los policlínicos y los consultorios del médico y la enfermera de la familia. Estas unidades se corresponden, esencialmente, con unidades de subordinación municipal. En el nivel secundario se cubren cerca de 15% de los problemas de salud. Su función fundamental es tratar al individuo ya enfermo para prevenir las complicaciones y realizar una rehabilitación inmediata. Su unidad básica es el hospital de subordinación provincial. En el nivel terciario se atienden alrededor de 5% de los problemas de salud, relacionados con secuelas o complicaciones de determinadas enfermedades. La atención se brinda fundamentalmente en hospitales especializados o institutos de subordinación nacional.¹

Fuente: Elaborado por DOMÍNGUEZ-ALONSO & ZACCA (2001)

Con relación a otros aspectos estructurales existen importantes demarcaciones que diferencian los niveles de atención en salud. Se cuenta con el nivel primario de atención en salud que incluye dentro de sí a los policlínicos y consultorios médicos de familia (existentes en cada provincia del país). El nivel primario está centrado en la prevención y promoción de salud. Por su parte, el nivel secundario tiene como función ofrecer tratamientos frente a determinadas enfermedades, así como atención a grupos específicos de población, ya sea que este último padezca de una enfermedad o porque haya sido concebida una demanda específica de salud para tal grupo⁸. Es en este nivel secundario que se ubican los programas nacionales de salud, considerados como políticas públicas (VALENTI, 2015). De acuerdo a lo estipulado por el MINSAP, el acceso a tales programas de salud puede iniciarse desde el nivel de

⁸ Los programas nacionales de salud cubanos son concebidos a partir del establecimiento de grupos priorizados como mujeres, infancia y tercera edad.

atención primaria atendiendo a la integralidad como principio rector de la salud pública cubana.

La demarcación de la atención en salud por niveles culmina con el nivel terciario. De acuerdo a las fuentes consultadas, en este nivel son tratados el 5% de los problemas de salud relacionados con secuelas o complicaciones asociadas a determinadas enfermedades. En tal caso los cuidados son ofrecidos en hospitales especializados o en institutos nacionales de salud (DOMÍNGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011; ROJAS, 2012; VALENTI, 2015).

1.3 DEFINIENDO LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN CUBA.

Teniendo en cuenta la relevancia para esta tesis de las definiciones con las que se opera en Cuba, opto por traer las perspectivas desarrolladas por investigadoras/es y actores políticos cubanas/os sobre este asunto. Dentro de este panorama se considera que los programas nacionales de salud son políticas públicas (ROQUE, 2011; VALENTI, 2015; PEÑA, 2015; CASTRO, 2017). Para ilustrar esta tipología, Carmen Valenti (2015), docente e investigadora de la Escuela Nacional de Salud pública, comenta que “un ejemplo evidente de política pública en salud lo constituye el Programa de Atención a la Salud de la Madre y el Niño que surge en Cuba a partir de 1970” (VALENTI, 2015, s/r). Siguiendo este criterio la autora realiza una revisión histórica de los planes y programas de salud en Cuba establecidos desde el triunfo de la revolución, subrayando que:

Los programas de salud están fundamentados en sólidos conocimientos científicos que los profesionales de la salud han diseñado con el propósito de elevar el estado de salud, sobre todo de los grupos más vulnerables, a partir de su aplicación en cada nivel de atención de forma continuada y coordinada, con la introducción de la tecnología más avanzada para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas con diferentes condiciones de salud (VALENTI, 2015, s/r).

De modo general, la concepción de los programas de salud como políticas públicas implica que las prioridades en esta esfera estén volcadas a determinados grupos de población. Algunos de los programas de salud con más destaque son: Programa de Atención Materno infantil; Programa Nacional de Atención Integral a la Familia; Programa Nacional de Atención a Enfermedades Crónicas No transmisibles, entre otros (DOMÍNGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011; ROJAS, 2012; VALENTI 2015).

De acuerdo con los criterios contenidos en la concepción de los programas de salud como políticas públicas, observo dos dimensiones que resultan centrales: 1) conocimientos

científicos para elevar el estado de salud; 2) identificación de grupos vulnerables, con demandas específicas en salud. Sobre el primer criterio vale decir que el hecho de que la ciencia médica tenga un rol fundamental en la definición de las políticas públicas de salud, nos demanda observar críticamente cómo comparecen estos saberes científicos para delimitar este objeto. Retomando algunas de las consideraciones de Valenti, en ellas se destaca que:

Si bien para otros países de la región se hace necesario que organizaciones sociales empoderen a la ciudadanía en la construcción de las políticas públicas para la salud, en Cuba, el alcance de nuestros programas de salud, la cobertura de nuestras instituciones de salud y la existencia de recursos humanos altamente capacitados, hacen que la atención a la salud se convierta en una política social de alcance nacional. Si a lo anterior se añade que la intersectorialidad está incluida como un principio del propio sistema de salud, se complementa esta política social con una acción más amplia y abarcadora (VALENTI, 2015, s/r).

Resulta bastante problemático el punto en que la autora señala que la centralidad de las instituciones estatales de salud, tornaría innecesaria la participación de otros actores sociales como es el caso de organizaciones o grupos de la sociedad civil, aspecto que ya ha sido cuestionado por Hernández (2016) y Torres (2016). De cualquier forma, cabe observar que esta es una marca distintiva de las políticas públicas cubanas, o sea, es la ciencia médica la que fundamentalmente comparece para definir las dinámicas de los servicios y programas de salud, buscando una homogeneidad, a nivel nacional, en las prácticas y servicios establecidos, o sea, se trata de la actuación de un dispositivo de poder (FOUCAULT, 2000).

Como evidencian algunos estudios sociológicos sobre políticas públicas cubanas, estas últimas “constituyen un terreno de redistribución de poder y de articulación de sujetos diversos, lo que supone develar aquellos que pueden tomar decisiones en torno a políticas y sus discursos y límites, y el modelo de sociedad implícito” (ESPINA, 2017, p17-18). Sobre este aspecto caben algunas consideraciones que ilustran las singularidades de este ejercicio de poder en el campo de la salud pública cubana.

Como muestran Valenti (2015) y Hernández (2016) quienes pueden tomar decisiones en torno a las políticas públicas, lo hacen en virtud de su inserción en determinados campos de saber/poder, esencialmente aquellos que portan las credenciales del conocimiento (médico) científico. El hecho de reconocer cuáles son las disciplinas científicas que mayoritariamente son convocadas para pensar e implementar políticas públicas de salud, tiene una relación estrecha con la definición de los sujetos beneficiarios de las políticas públicas, cuestión que estos propios discursos científicos en el campo de la salud definen como grupos vulnerables.

Sobre estos últimos se manejan diversos criterios en la literatura nacional sobre el tema. Partiendo de que el término vulnerabilidad tiene un carácter polisémico y su uso es

compartido tanto por las ciencias sociales como por las ciencias médicas y de la salud, interesa aquí destacar sus usos en el contexto de las políticas públicas de salud cubanas.

En algunos casos, vulnerabilidad es empleada para referirse a grupos de población que ocupan los primeros lugares en las estadísticas sobre mortalidad. Según se recoge en diversos informes nacionales, se consideran como grupos vulnerables o especiales a: niñas/os; mujeres y personas adultas mayores. (MINSAP, 2006)⁹. Estas distinciones acerca de los grupos o poblaciones de riesgo – que acaban por definir qué política públicas existirán, para cuáles grupos, así como sus objetivos -, tienen un respaldo conceptual, derivado principalmente de las reflexiones sobre este asunto en el campo de las ciencias de la salud. Desde esta perspectiva, la vulnerabilidad en salud se entiende como la exposición a factores de riesgo de diversa índole, la incapacidad para enfrentarlos, cuestión que justificaría la existencia de políticas públicas dirigidas a minimizar tales amenazas a la integridad de las personas (GONZÁLES, 2015).

1.4 DE LOS DISCURSOS BIOMÉDICOS A LOS DISCURSOS DE (GÉNERO) BEIJING 95 EN CUBA: DANDO (OTRAS) FORMAS A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD.

La Plataforma de acción de Beijing es mundialmente conocida como una de las acciones que se derivó de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing, China en 1995. En este evento participaron representantes de 189 países entre ellos, de Cuba. Luego de importantes discusiones fueron establecidos un conjunto de compromisos históricos para garantizar derechos de las mujeres y las niñas, teniendo como meta el logro de la igualdad de género (CEPAL, 2015).

El Plan Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing'95 constituyó un acuerdo del Consejo de Estado de la República de Cuba, y en él quedaron establecidas las principales directrices dirigidas a materializar los compromisos contraídos en IV Conferencia Mundial de la Organización de las Naciones Unidas sobre la Mujer. El Plan fue publicado por primera vez el 5 de mayo de 1997 en la Gaceta Oficial de la República de Cuba. Anualmente los resultados y avances de este son evaluados por los gobiernos municipales, provinciales, y por la Asamblea Nacional (QUARESMA; ULLOA, 2012). Es decir, el PNB es la plataforma

⁹ Una información más detallada sobre este asunto puede encontrarse en el Informe sobre las Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015 (MINSAP, 2006). En este Informe se dedica una sección a lo que se denomina grupos “especiales” en salud pública.

política principal que, en materia de género, orienta la concepción de las políticas públicas cubanas.

El PNB traduce una intención de transformación de un conjunto de dimensiones de la vida social, adoptando para ello ciertas concepciones acerca del género y de igualdad de género provenientes de los debates suscitados en el seno de la ONU que fueron contextualizadas a la realidad cubana. No obstante, no puede decirse que esta fuera la única vía de diseminación de ideas y concepciones acerca del género en el país, teniendo en cuenta la institucionalización de los estudios de género y feministas en la academia cubana a finales de la década de los años noventa (RIVERO, 2009; PAGÉS, 2010; CANALS, 2018).

1.4.1 Beijing como promesa de igualdad de género en el contexto de las políticas públicas de salud en Cuba.

El hecho de que el Estado enarbole categorías como género, igualdad de género en sus agendas públicas, nos desafía a comprender críticamente de qué modo esta herramienta consigue materializar una política socialmente comprometida. Es decir, de qué modo esta herramienta ofrece garantías en materia de derechos sexuales y reproductivos, salud trans-específica, como los casos que nos ocupan.

Mi intención, al presentar las enunciaciones del Plan de Seguimiento a los acuerdos de Beijing '95 que aluden a estas cuestiones relacionadas con las políticas públicas de salud es ilustrar los usos del género en esa plataforma política que orienta las prácticas y cuidados en salud con las/os usuarias/os demandantes de los mismos.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, me parece pertinente considerar que el Plan no constituye una acción aislada del Estado o apenas un reflejo directo de la imposición de agendas globales sobre género en el país. A mi entender, es posible pensar que, un conjunto de condiciones sociales posibilitó la adhesión a una perspectiva de género como fundamento de las políticas públicas. Obviamente esta cuestión es harto compleja como para ser agotada en esta tesis; no obstante, me parece fundamental situar brevemente algunos acontecimientos que tanto precedieron como coincidieron con el establecimiento del Plan. Asumo que los mismos permiten entender la inscripción de discursos sobre género en el campo de la salud pública cubana.

El documento del PNB está compuesto por siete secciones y un total de 90 acciones. La implementación de este colocó en interacción a todos los organismos del Estado de la

mano de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC)¹⁰. Esta última tuvo un papel preponderante en el surgimiento de este Plan, pues una vez concluida la Conferencia de Beijing, se llevó a cabo por parte de la FMC, en julio de 1996 la realización del Seminario Nacional “Las Cubanas de Beijing al 2000”. En dicho Seminario se acordaron un conjunto de recomendaciones, a partir de las cuales se creó Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing (CEPAL, 2015).

A continuación, reproduzco algunas enunciaciones del PNB que adquieren relevancia para la presente investigación. Tuve a bien organizar estos fragmentos dentro de un cuadro resumen donde destaco si se trata de un objetivo o de una acción concreta, sus responsables y los contenidos que remiten a las políticas públicas de salud.

Cuadro 1 - Acciones y objetivos del Plan Nacional de Seguimiento a los acuerdos de Beijing 95. Elaboración propia a partir del documento PNB 95.

Aspecto de que se trata	Citaciones
Objetivos generales	Este Plan de Acción, que resume el sentir y la voluntad política del Estado de la República de Cuba, debe constituir la piedra angular en el desarrollo de políticas para la mujer y dar continuidad al avance y el desarrollo de la igualdad de género en nuestro país (CONSEJO DE ESTADO, 1999, p.6).
Acción 42, Sección: El trabajo comunitario, educación, salud y trabajo social.	Lograr una mayor calidad de la orientación a la mujer y a la familia en los programas de salud de la mujer y el niño, que permitan crear una mayor conciencia de la responsabilidad individual y familiar que les corresponde. Responsable: Ministerio de Salud Pública Participante: Instituto Cubano de Radio y Televisión. (CONSEJO DE ESTADO, 1999, p.15).
Acción 44, Sección: El trabajo comunitario, educación, salud y trabajo social.	Instrumentar, con perspectiva de género, nuevas formas de intervención sobre aspectos que afectan la salud de la mujer, como: salud mental, estrés, salud ocupacional, convivencia familiar, tercera edad, doble jornada, autoestima, estilos de vida, etc. Responsable: Ministerio de Salud Pública. Participantes: Instituto Cubano de Radio y Televisión, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (CONSEJO DE ESTADO, 1999, p.15).
Acción 71, Sección Investigación y Estadísticas, Derechos reproductivos y sexuales	Fortalecer la perspectiva de género en todos los programas de salud, en general y en especial en los de salud sexual y reproductiva , profundizando en la prevención y atención a enfermedades de transmisión sexual, el de salud mental, el de enfermedades crónicas no transmisibles. Responsables: Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación. (CONSEJO DE ESTADO, 1999,

¹⁰ La FMC es una organización de masas de la sociedad civil, creada en agosto de 1960. Para conocer más detalles de su funcionamiento e historia puede consultarse el sitio web Mujeres Cubanas: <http://www.mujeres.co.cu/>

	p.20, <i>destaques míos</i>)
Acción 84, Sección Investigación y Estadísticas, Derechos reproductivos y sexuales	Continuar perfeccionando la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva que se ofrecen, garantizando una mayor intimidad y confidencialidad. Responsable: Ministerio de Salud Pública. (CONSEJO DE ESTADO, 1999, p.22).
Acción 87, Sección Investigación y Estadísticas, Derechos reproductivos y sexuales.	Diagnosticar, en mujeres de diferentes sectores poblacionales y regiones del país, sus necesidades de género relacionadas con la salud sexual, como punto de partida para la elaboración e implementación de programas interventivos encaminados a una mayor realización de la mujer en esa esfera. Responsable: Ministerio de Salud Pública. (CONSEJO DE ESTADO, 1999, p.23)

Fuente: Elaboración de la autora.

Como comenté en líneas anteriores, veinte años después de haberse establecido este Plan, sus directrices no han sido modificadas radicalmente. Uno de los cambios registrados en las últimas actualizaciones del Plan fue precisamente la expansión del sujeto de las políticas públicas de salud (respectivamente heterosexual, cisgénero y mujer), el que pasó a contemplar a las personas transexuales, con la inclusión de la Resolución 126 del 2008 dentro de esta plataforma política. Según consta en este Informe:

Es significativa la emisión de la Resolución No. 126/2008 a través de la cual se disciplinan los procesos relacionados con la atención integral a personas transexuales y se establece la Comisión Nacional. De esta manera, se reconoce y garantiza el derecho, a la libertad sexual y autonomía sobre los cuerpos de las personas transexuales (CEPAL, 2015, p.19).

Precisamente a partir de la expansión del sujeto de las políticas públicas de salud cubanas, es que encuentro el objeto de estudio de esta investigación. Ya desde los años '90 y coincidiendo con la creación de una institución nacional como el CENESEX, que tenía a su cargo la educación sexual de la población cubana, se instituyeron dos espacios académicos que mantuvieron una relación de tensión y forjaron una dicotomía entre el modo de definir campos disciplinares y delimitar sus objetos, en este caso, el género y la sexualidad como objetos de estudio aparentemente distantes.

En 1992 se fundan “las cátedras de Sexología y Educación de la Sexualidad en todas las universidades médicas del país y en la Escuela Nacional de Salud Pública” (CASTRO, 2017, p.121). Como comenté en las líneas anteriores es también a comienzos de los años '90 que, de acuerdo a los registros consultados, comienzan a instaurarse los estudios de género en las Facultades de Ciencias Sociales y Humanidades del país, muy marcados por una perspectiva de “estudios de mujeres”. Algunos efectos que se derivan de esta particular inserción de los estudios de género es que los mismos refuerzan perspectivas esencialistas y,

dejan de reconocer a otras matrices de desigualdad tales como raza, sexualidad que impactan a este sujeto “mujer”. Por consiguiente, la expansión del sujeto del feminismo y de las problemáticas que les son relevantes, son omitidas dentro del campo de estudios de género que ha singularizado a los estudios feministas cubanos (CANALS, 2018).

Por otro lado, la falta de interlocuciones entre la academia y otros actores políticos (como los gestores de políticas públicas) a los fines de diseñar políticas públicas, termina por reificar al sujeto mujer (cisgénero y heterosexual) como beneficiaria preferenciada de dichas políticas.

Como discutimos en un trabajo anterior, es simbólico observar que sea precisamente el contexto de las universidades médicas¹¹, constituido de forma segmentada de otras universidades cubanas, en donde se instituyan los núcleos de estudio en torno a la sexualidad, lo que marca la emergencia de una agenda académica sobre este objeto, pautada en los discursos hegemónicos de las ciencias médicas. Esto tendrá efectos en el modo en que esa categoría será usada para tratar de los diferentes grupos humanos. Inclusive, el propio CENESEX se integra a las redes de instituciones de salud adscritas al MINSAP (MESTRE MALFRÁN; OLIVEIRA, 2020).

Por su vez, los debates de género que se suscitaban en las Facultades de Ciencias Sociales y Humanidades estaban centrados en una perspectiva universal y esencialista de la mujer. Es de esperarse que el potencial crítico de vertientes feministas críticas (negras, *queer*, decoloniales) que permiten repensar las políticas públicas como una acción política emancipadora, no se haya hecho presente, pese a que circularan algunos discursos sobre género como explico en la siguiente sección.

1.4.2 Algunas condiciones sociohistóricas asociadas a la emergencia de un campo de estudios de género en Cuba.

Los estudios de género son hoy ampliamente considerados dentro del universo de las ciencias sociales y humanas. La difusión de las ideas relativas al género y el establecimiento de este campo de estudios con un objeto y abordajes específicos, históricamente se ha producido en la intersección entre los campos político y científico (MOSCHKOVICH, 2018). En este sentido, en el caso de Cuba observo una constitución similar, cuestión que resulta

¹¹ Es importante apuntar que en Cuba todas las Universidades de Ciencias Médicas existen de forma independiente a otros centros de Educación Superior en Cuba. En las Universidades médicas se estudian las carreras de Medicina, Enfermería y Estomatología. Ya en las otras Universidades del país coexisten carreras de las Ciencias Sociales y Humanas con otras como las Ingenierías, Arquitectura, etc.

relevante para pensar los engranajes que se establecen entre ciencias y políticas públicas, sobre todo para pensar aquellas políticas públicas que declaran adherir a una perspectiva de género como una forma de garantizar igualdad, transformación de situaciones discriminatorias, entre otras.

Una de las primeras acciones de las que se tiene constancia, fue la creación de las “Cátedras de Estudios de la Mujer” en todas las universidades cubanas en 1990. Creadas a instancias del Ministerio de Educación Superior en articulación con la Federación de Mujeres Cubanas, “las Cátedras surgieron con un propósito medular: facilitar la transversalización de la perspectiva de género en la formación profesional tanto en el nivel de graduación como en el de posgraduación” (QUARESMA; ULLOA, 2012, p.95). De acuerdo con la filósofa cubana Teresa Díaz Canals (2018) las Cátedras de la Mujer implicaron “el ascenso y la extensión de los estudios de género a partir de la implementación del feminismo académico” (p.133), justamente porque ellas posibilitaron no solo el contacto con el conocimiento producido en este campo a nivel global, sino porque dieron lugar a tesis de licenciatura, maestrías y doctorados con base en esta perspectiva.

No obstante, esta institucionalización del debate de género vía Cátedras de la Mujer, no significó necesariamente consenso ni unanimidad. Si bien carreras como Psicología y Sociología en la Universidad de Oriente incluyeron tempranamente los estudios de género en disciplinas académicas, tal hecho no se extendió ni a todas las carreras, mucho menos a todas las universidades del país. En pleno 2018 en la Universidad de La Habana se confirma que “la carrera de Filosofía todavía no ha introducido la perspectiva de género de manera oficial” (CANALS, 2018, p.133).

Justo un año antes de celebrarse la Cuarta Conferencia Beijing 1995, en Cuba se creó el “Programa de Estudios de la Mujer” con sede en “La Casa de las Américas”, institución cultural radicada en la capital del país. En virtud de este programa de estudios se realizaron diversos eventos nacionales e internacionales que tenían como foco la historia de mujeres de América Latina y el Caribe. Dicha institución promovió premios a estudios de la mujer en 1994, 2004 y 2013 respectivamente (CAMPUZANO, 2002; CANALS, 2018). También en la capital del país, se creó el “Centro de Estudios de la Mujer” en 1997, teniendo entre sus propósitos “la consecución de la equidad de género en Cuba” (QUARESMA; ULLOA, 2012, p.95).

Otros espacios institucionales de la capital abrazaron debates y discusiones sobre género. Ese es el caso del diplomado de Género y Comunicación ofrecido por el Instituto Internacional de Periodismo “José Martí” y la Maestría de Estudios de Género de la

Universidad de la Habana. De igual forma fueron gestionadas otras formaciones y espacios de discusión fuera de los escenarios universitarios. En este sentido, se destaca el trabajo dentro de esta línea temática del Centro Félix Varela¹², la Sociedad Multidisciplinaria para el estudio de la sexualidad (SOCUMES)¹³, la ONG “Oscar Arnulfo Romero”¹⁴, como algunos de los más visibilizados dentro del territorio nacional.

Dentro del panorama de los estudios de género en el país, cabe mencionar el trabajo del grupo de docentes del que formara parte la autora de esta tesis. Con sede en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Oriente, el grupo de estudios de género “Equidad” creó dentro de la Carrera de Psicología las asignaturas optativas “Género y Subjetividad I y II” y “Género y Ciencias” a partir del año 2003. A la par de ello organizamos por primera vez en 2005 y en colaboración con la Sociedad de Psicología de Santiago de Cuba, el “Coloquio Internacional Identidades de Género: Teorías y Prácticas”, reconocido como uno de los eventos sobre género de mayor impacto en el país hasta ese momento (QUARESMA & ULLOA, 2012).

Son exiguas las investigaciones cubanas sobre políticas públicas de salud desde una perspectiva feminista crítica, lo que se explica si tenemos en cuenta que en el país los discursos feministas se constituyen en una interrelación entre un feminismo de Estado representado por la actuación de la FMC, también designado como *feminismo verdeolivo* y un feminismo académico (CUESTA, 2012; CANALS, 2018). Este feminismo estatal cuya alegoría verdeolivo se refiere al color del uniforme militar que usaban “los rebeldes que se levantaron en armas” (CANALS, 2018, p.131), se ha concentrado sobre todo en una lucha anticapitalista y antimperialista, apoyando el proceso revolucionario cubano. Con todo y eso, las políticas públicas han sido un objeto sistemático de (pre)ocupación y análisis tanto de cientistas sociales como actores políticos claves, aún cuando se adolece (y al mismo tiempo se requiere) de un abordaje feminista de este objeto. Es dentro de estas arenas discursivas que

¹² El Centro Félix Varela es una organización de la sociedad civil, formalmente reconocida desde el año 1993 que se destaca por su labor en diversos temas relacionados con la ciudadanía. Para más información puede accederse al sitio web: <http://www.cfv.org.cu/>

¹³ SOCUMES es una sociedad científica para el estudio de la sexualidad que integra a profesionales de diversas áreas envueltas/os con el estudio de las sexualidades. Para más información puede accederse al sitio web: <http://www.academiaciencias.cu/es/node/467>

¹⁴ Este centro, de inspiración cristiana se erige como una institución de la sociedad civil cubana con un protagonismo en la gestión de espacios de capacitación e investigación en temáticas de género, siendo esta una de sus líneas de trabajo más destacada. Esta institución, con sede en La Habana, pero con acciones de alcance nacional, lideró la Campaña Pública más reciente realizada en Cuba contra la Violencia de género, que llevó por nombre “Evoluciona”. En mi consideración promueve concepciones de género de fundamento estructuralista, biologicista. Para más información acceder al sitio web: <http://romerocuba.org/>

emergen la atención en salud para personas trans y para parejas infértiles, como marcos políticos estatales.

1.5 DE LOS DISCURSOS DE GÉNERO A LA “TOMA DE CONCIENCIA”: LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN TRANS-ESPECÍFICA EN CUBA A TRAVÉS DE LA RESOLUCIÓN 126 DEL 2008 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

El proceso de institucionalización de la atención en salud trans-específica fue explorado en esta investigación por medio del análisis de documentos normativos, así como de las experiencias de algunas informantes (cuyos datos se describen de forma ampliada en la sección de metodología). Teniendo en cuenta que en la presente investigación las informantes son consideradas expertas en el tema de las políticas públicas estudiadas, sus propuestas analíticas son incluidas a lo largo de la tesis y no apenas en el de análisis de los resultados, como se muestra seguidamente.

En la primera entrevista que sostuve con mi interlocutora Ana¹⁵, la misma me expuso su visión acerca de cómo los asuntos referidos a la transgeneridad se constituyeron en Cuba dentro de discursos de instituciones de salud que formularon una agenda LGBT como un bloque monolítico, del que progresivamente se fue desagregando la agenda trans-específica a comienzos de los años 2000. Al respecto comentó: *“en 2003 se dan cuenta que los transexuales no eran iguales que los HSH¹⁶, que era el programa que existía en esa época, que se llamaba HSH y travestis”*. Ante mi colocación al respecto de ¿quiénes son los que se dan cuenta?, Ana me explica que:

Bueno las estrategias que se van estableciendo en el país, con el tema del CENESEX que es el órgano que lleva la cabecera aquí en Cuba con sus políticas de igualdad de género e inserción social para la comunidad LGBTI, ellos se ocupan de eso [...] el programa HSH toma conciencia de eso, porque ***no hay que ser especialista para saber que un gay y una trans no tienen nada que ver, entiendes?*** Los intereses de los HSH no eran los intereses de las trans. Los intereses de las trans eran operarse, integrarse a la sociedad como trans, hormonarse, ***tener acceso a la salud pública como trans*** (Ana, entrevista, enero 2018, *destaques míos*).

Este proceso de “toma de conciencia” como lo define Ana, ilustra el punto de giro al que asistimos en Cuba entre finales de los años 90 y mediados de los 2000, en lo relativo a la emergencia y proliferación de debates sobre diversidad sexual y de género. Tal cuestión

¹⁵ Todos los nombres corresponden a pseudónimos como explico más detenidamente en la sección de metodología y conforme fue acordado con las entrevistadas en el documento de Consentimiento informado.

¹⁶ Sigla que se refiera a los Hombres que tienen sexo con otros hombres, una clasificación establecida y difundida principalmente en el seno de instituciones de salud.

impactó las agendas de salud de minorías de género, dando lugar a servicios y acciones específicas que procuraban atender las necesidades de estos grupos. Al mismo tiempo, las políticas diseñadas para estos grupos mantienen algunas marcas de diferenciación respecto a otros programas de salud de alcance nacional, como discutimos en un trabajo anterior (MESTRE MALFRÁN, OLIVEIRA, LAGO, 2019).

Los caminos que posibilitan el surgimiento de la atención institucionalizada en salud para personas trans en Cuba se sitúan un poco antes de la década de los '90, y se dan en estrecho vínculo con la creación del Grupo Nacional de Trabajo de Educación Sexual (GNTES), constituido en La Habana en 1972 en estrecho lazo con la Federación de Mujeres Cubanas. Este grupo de trabajo tuvo a su cargo la creación del Programa Nacional de Educación Sexual para la población cubana. Como parte de las acciones del GNTES, en el año 1979 se institucionalizaron los servicios de atención médica y psicológica para personas trans dentro del sistema nacional de salud pública, marcados por una perspectiva patologizadora, que se manifestó en la localización de este servicio dentro del área de la salud mental y en la inexistencia de protocolos específicos de atención a personas trans dentro del sistema de salud cubano (CASTRO, 2017).

Diez años después, en 1989, dicho Grupo de Trabajo “devino Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) como institución especializada y presupuestada del Estado, adscrita al Ministerio de Salud pública” (CASTRO, 2017, p.119). El CENESEX es la institución rectora de la asistencia en salud trans-específica a nivel nacional (MINSAP, 2008) y la formulación de la Resolución 126/2008, considerada un giro en la atención en salud que desde 1979 se brindaba a personas trans, está estrechamente ligada a la formalización del CENESEX como institución académica y de asistencia en salud para la comunidad LGBT cubana.

Una década después de creado el CENESEX, la dirección del Centro elaboró una Estrategia Nacional para la Atención integral a personas transexuales, la que le fue presentada a la Asamblea Nacional del Poder Popular por primera vez en el año 2001, buscando una implicación de diversos organismos del estado en la materialización de un proyecto de justicia social que asegurase un conjunto de derechos a las personas trans en diferentes ámbitos de su vida. Esta Estrategia Nacional para la Atención integral a personas transexuales fue pensada como una agenda integral que regularía tanto la atención en salud, como otros derechos de la ciudadanía trans, lo que permite considerarla con el carácter de una política pública trans-específica (RIVAS, 2015; CASTRO, 2017). Según la socióloga cubana Mayra Espina (2017) la Estrategia para la Atención integral a personas transexuales propuesta por el CENESEX (y

transformada en objeto de una investigación doctoral y posteriormente en un libro¹⁷), se trata “de un marco general para el establecimiento de una política pública (...) un punto de inflexión con relación a la tradición del socialismo cubano de políticas universales basadas en la homogeneidad de la oferta” (p.19).

Dicha estrategia, aunque aún no se encuentra refrendada en ningún tipo de legislación, ya estaba siendo aplicada de manera informal desde comienzos de los años 2000, de acuerdo con Castro (2017), particularmente en lo tocante al ámbito de la salud de personas trans. Es por ello que las cirugías de trans-genitalización, interrumpidas en 1988, fueron retomadas en el año 2007 (antes de la aprobación de la Resolución 126/2008). Esta fue una de las acciones cruciales para la formalización de una atención en salud que respondiera a las demandas de personas trans cubanas, mediante el establecimiento de procedimientos asistenciales específicos y de un centro especializado (CASTRO, 2017).

Es así como en el año de 2008 se reglamenta lo que podemos designar como proceso transexualizador en el contexto cubano, mediante la aprobación ministerial de la Resolución 126/2008¹⁸. Siguiendo a autoras que debaten el tema en el contexto latinoamericano en el que también se inserta Cuba, entiendo como proceso transexualizador aquel que incluye procedimientos de diversos grados de complejidad y variedad técnica, para concretar la atención en salud de personas trans (SANTOS; et al, 2014).

Como se afirma en el contexto de los debates transfeministas, el proceso transexualizador contempla “el conjunto de modificaciones corporales y sociales que posibilitan el tránsito del género atribuido hacia el género de la autoidentificación; la cirugía de trans-genitalización no es la única etapa de este proceso” (BENTO, 2008, p.146). Considerando las demandas en salud de personas trans y sin pretender agotarlas todas, se destaca que las mismas pueden abarcar desde intervenciones quirúrgicas sobre gónadas y caracteres sexuales secundarios, administración de hormonas, cirugías mamarias bilaterales, entre otras (TEIXEIRA, 2017).

La Resolución 126/2008 aprueba, en el territorio cubano, la creación de la Comisión Nacional de Atención Integral a Personas Transexuales, dirigida por el Centro Nacional de Educación Sexual, iniciándose así lo que se considera ser una atención específica y de

¹⁷ Este tópico es abordado en 2014 en la tesis de Doctorado de Mariela Castro Espín titulada “*Estrategia para la integración social de las personas transexuales en el contexto actual de la sociedad cubana*”, realizada en el Programa de Posgraduación en Sociología de la Facultad de Filosofía e Historia de la Universidad de la Habana. Posteriormente la autora de esta investigación doctoral publicó en 2017 el libro “*La integración social de las personas transexuales en Cuba*”. Dicho libro es la única publicación de este tipo que existe hasta el momento en Cuba sobre políticas públicas trans-específicas, ciudadanía trans.

¹⁸ Disponible para consulta en el siguiente link: <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=191>

carácter integral hacia personas transexuales cubanas (RIVAS, 2015; CASTRO, 2017). Posteriormente pretendo debatir los límites de esa integralidad. Por el momento baste decir que, en tanto Resolución, la misma posee un estatus jurídico, articulado a su vez con otros instrumentos jurídicos tales como la Resolución Ministerial 235 de 1988¹⁹ y la Ley 41 de Salud Pública de 1983²⁰ (MINSAP, 2008).

La Resolución 126/2008 aprueba el trabajo coordinado de un grupo de especialistas del CENESEX, encargados de “elaborar, implementar y coordinar la política nacional de atención integral a personas transexuales” (MINSAP, 2008, s/r) y también facilita la creación de una infraestructura en la que se brinda la atención trans-específica. Esta infraestructura en cuestión consiste en la propia sede del CENESEX localizada en la capital del país e instituciones asociadas al MINSAP tales como hospitales generales de la ciudad de La Habana.

De acuerdo con lo estipulado en esta Resolución, los servicios de salud integral contemplan “estudio, diagnóstico, tratamiento, investigación asistencial y seguimiento a las personas transexuales” (MINSAP, 2008, s/r). Para tales acciones se establecen protocolos a los cuales no se tuvo acceso en esta investigación y no consta que dichos protocolos estén accesibles de forma pública en bases de datos del MINSAP u otras existentes en el país.

Aun cuando el MINSAP se pronuncia por una atención en salud de carácter integral, basada en una perspectiva de derechos humanos, de primera instancia resalta el carácter patológico con que la transexualidad es comprendida. Como se muestra en la imagen siguiente, uno de los términos descriptores de la Resolución, (que consta en el Portal digital donde se disponibiliza esta información) enuncia la cuestión trans como “transexualismo”, lo que de por sí constituye una codificación patológica de estas existencias, teniendo en cuenta que el sufijo ismo es usado en el contexto de los discursos médicos para indicar la presencia de una enfermedad (OLIVEIRA, 2014).

¹⁹ Mediante esta Resolución se establece la creación del CENESEX como una institución adscrita al MINSAP. Para más informaciones consultar: <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=191>

²⁰ Mediante esta ley queda establecida el Sistema Nacional de Salud como el conjunto de unidades administrativas, de servicios, producción, docencia e investigación, responsabilizadas con la atención integral de la salud de la población. Para más informaciones consultar: <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=191>

Figura 2 - Captura de pantalla sobre los descriptores de la transexualidad en los marcos de la Resolución 126/2008

The screenshot shows the Infomed website interface. At the top, there is a navigation bar with 'Legislación para el Sistema Nacional de Salud' and a search bar. Below this, the title 'Resolución Ministerial No. 126/2008' is displayed. The main content area contains a table with the following details:

Descripción:	Aprueba la creación de la Comisión Nacional de Atención Integral a Personas Transexuales, dirigida por el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX).
Materias:	Educación Sexual
Tipo de instrumento jurídico:	Resoluciones Ministeriales
Número del instrumento jurídico:	126
Fecha de emisión (aaaa-mm-dd):	2008-06-04
Entidad emisora:	Ministerio de Salud Pública (MINSAP)
Nivel del instrumento jurídico:	Sistema Nacional de Salud
Vigencia:	Vigente
Descriptores:	<p>Transexualismo</p> <p>Resoluciones/legislación & jurisprudencia</p> <p>Programas Nacionales de Salud/legislación & jurisprudencia</p> <p>Educación Sexual/legislación & jurisprudencia</p> <p>Atención Integral de Salud/legislación & jurisprudencia</p>
Fuente:	Ministerio de Salud Pública (MINSAP)

On the right side of the page, there is a login section with fields for 'Usuario:' and 'Contraseña:', and links for 'Recomendar documento', 'Crear cuenta', and '¿Olvidó su contraseña?'.

Fuente: Portal digital Infomed, Cuba.

La historia de la patologización de las identidades trans a nivel global está íntimamente vinculada al establecimiento del Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (COACCI, 2018). El hecho de que la APA sea una asociación nacional no ha impedido que sus “hallazgos científicos” tengan un alcance global, lo que revela el colonialismo epistémico del DSM, al establecer regímenes de verdad que se adoptan como universales (BENTO, 2017), cuestión que algunos autores han denominado como transglobalización (BARBOSA, 2015).

Tanto la APA como la Organización Mundial de la Salud (OMS) que establece el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), han jugado un rol decisivo en la constitución de un dispositivo trans, entendido como el conjunto de saberes diversos provenientes de las ciencias *psi* (psicoanálisis, psicología y psiquiatría), la medicina, la biología y las ciencias jurídicas (BENTO 2017; COACCI, 2018). Su alcance global se evidencia en el hecho de que estos documentos rigen las políticas públicas de salud trans-específicas en diferentes partes del mundo, cuestión de la que no se sustrae el contexto

cubano. A tono con esto, la Resolución 126/2008 establece la obligatoriedad del diagnóstico como pieza clave del proceso transexualizador en Cuba, reforzando así la lógica patologizante en el abordaje de las existencias trans. Según se recoge en la Resolución 126/2008

La Directora del Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), queda facultada para designar, mediante Resolución, **a los profesionales autorizados para emitir la certificación sobre identidad de género a personas transexuales**, cuyo documento es el único reconocido oficialmente por el Ministerio de Salud Pública y que se autoriza su presentación en cualquier trámite o proceso legal (MINSAP, 2008, s/r, *destaques míos*)

La emisión de tal certificación sobre la identidad de género, es resultante del acto del diagnóstico de transexualidad. Este último contempla una serie de procedimientos que tienen por fin atestar la condición de “transexual de verdad”, de personas trans cubanas que desean realizar intervenciones en sus cuerpos y/o modificar su nombre y/o sexo jurídico en los documentos registrales (CUBA, 2011; RIVAS, 2015; CALAÑA, 2020).

De acuerdo con las fuentes consultadas, este diagnóstico se efectúa teniendo como guía al Glosario Cubano de Enfermedades Mentales y a los manuales internacionales como el CIE de la OMS y DSM de la APA (CUBA, 2011; RIVAS, 2015). La finalidad del diagnóstico de transexualidad consiste en “detectar incongruencias entre su identidad genérica y el sexo biológico que porta” (RIVAS, 2015, p.15).

El acto de diagnóstico implica la inscripción de las existencias trans en determinadas nosologías que adquieren un poder regulatorio de sus diversas demandas, ya sea el acceso a cuidados en salud, al cambio de nombre y sexo, produciéndose una articulación entre diversos engranajes médicos y jurídicos, que tienen como efectos una distribución selectiva del acceso a la salud y a la ciudadanía (COACCI, 2018). Conforme describe la jurista cubana Ivón Calaña (2020)

La demanda establecida por las personas trans en proceso ordinario sobre cambio de sexo en el asiento registral, tiene como limitación la exigencia de la cirugía de reasignación genital y la consecuente emisión de documentos por la Comisión Nacional de Atención Integral en Salud a las Personas Trans. Los documentos consisten en el certificado médico que acredita la realización e irreversibilidad de la cirugía de reasignación sexual y el resumen de historia clínica de la persona trans que, como mínimo, llevó dos años de atención y acompañamiento por la Comisión (CALAÑA, 2020; p.38).

Atendiendo a su carácter de dispositivo patologizante de las existencias trans, el diagnóstico opera con una lógica de reiteración de la norma cis-heterosexual apelando a una comprensión de las identidades trans que toma como referente a la matriz heterosexual (BUTLER, 2007). Se trata, como ha explicado Berenice Bento (2017), de un mecanismo de

patologización del género en el que este es tomado como una categoría nosológica para (re)producir la norma y los (a)normales de género. Es preciso apuntar que la práctica de diagnóstico de transexualidad que se sigue en Cuba implica una contradicción con lo estipulado en el PNB, en el que se asume como un principio el respeto a la autonomía de las personas transexuales (CEPAL, 2015). La existencia de discursos paradójicos dentro de las instituciones de salud cubanas se torna visible en varias instancias. En el año 2010, la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el estudio de la Sexualidad (SOCUMES), de la que el CENESEX forma parte, reconoció que:

Los estándares de cuidado adoptados en Cuba por la Comisión Nacional de Atención integral a las personas transexuales se basan en los publicados por la Asociación Profesional Mundial de Salud Transgénero (WPATH, por sus siglas en inglés) que incluyen también la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades mentales y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (CUBA, 2011, p.38).

A partir del reconocimiento de esta práctica, la SOCUMES emitió una declaración pública a favor de la despatologización de las identidades trans en Cuba. No obstante, persiste hasta hoy la obligatoriedad del diagnóstico como elemento constitutivo del proceso transexualizador refrendado en la Resolución 126 del 2008. En este pronunciamiento la SOCUMES destacó que:

La atención a las personas transexuales debe tener un carácter integral, que garantice el reconocimiento y respeto a los derechos de la persona [...] la necesidad de que la atención a las personas transexuales sea incluida de forma amplia en las políticas sociales del Estado y el Gobierno cubanos (CUBA, 2011, p.39).

Una vez efectuado el diagnóstico de transexualidad por parte de la Comisión Nacional, el CENESEX queda facultado para fungir como “la única institución del Sistema Nacional de Salud, autorizada para realizar tratamientos médicos totales o parciales de reasignación sexual” (MINSAP, 2008). Sobre estos últimos se plantea que abarcan “procederes hormonales y quirúrgicos de feminización o masculinización (mastectomías subcutáneas bilaterales y cirugías de implante mamario) y las cirugías de adecuación genital (de mujer a hombre y de hombre a mujer)” (CASTRO, 2014, p.76). De acuerdo con la Resolución 126/2008, corresponde a esta Comisión Nacional “aprobar, de acuerdo con los criterios de elegibilidad y disponibilidad contenidos en los protocolos de tratamiento, la pertinencia o no de la cirugía de reasignación sexual” (MINSAP, 2008).

Desde el punto de vista histórico y también para ampliar la comprensión acerca del modo en que se viene constituyendo una política trans-específica en el contexto cubano como

una política de fachada (MESTRE MALFRÁN; OLIVEIRA; LAGO, 2019), es significativo hacer alusión tanto a la fecha de la primera cirugía de trans-genitalización, como a los embates que estas sufrieron en el país. En 1988 se realizó la primera cirugía de trans-genitalización, instituyéndose así Cuba como uno de los pocos estados que ofrecen este tipo de atención en salud de forma gratuita. (RIVAS, 2015; CASTRO, 2017). No obstante, estas cirugías fueron interrumpidas y solo volvieron a ser retomadas casi veinte años después en 2007 (CASTRO 2014; 2017).

Sobre las razones que fueron aludidas para interrumpir las cirugías de trans-genitalización, Castro (2017) informa que “el MINSAP interrumpió la realización de cirugías de reasignación sexual a personas transexuales, al recibir mensajes de desaprobación por parte de la población” (p.120). Cabe señalar que, de acuerdo con esta lógica, lo que otorga legitimidad a un derecho en salud para personas trans es que exista consenso social en torno al mismo, caso contrario este derecho es vulnerado. Este tipo de retóricas no son accionadas en el caso de políticas públicas de salud dirigidas a personas heterosexuales y cisgénero, por tanto, el apelo a la necesidad de preservar el orden público, cuando se trata de minorías de género, muestra la transfobia estructural que forma parte del ejercicio estatal del biopoder (PÉREZ NAVARRO, 2017) y la constitución de una ciudadanía moldeada por la cisonormatividad (VERGUEIRO, 2018).

En dos trabajos previamente publicados desarrollamos un análisis pormenorizado de las condiciones culturales e históricas que explican la constitución de la política trans con los niveles de precariedad observados hasta hoy, si se comparan con otras políticas de salud existentes en el país para lo que se entiende como “grupos priorizados” dentro de la gramática de la salud pública. Estos últimos equivalen a personas heterosexuales y cisgéneros, lo que revela que cisgeneridad y cisonormatividad continúan pautando las prioridades y formas de concebir las políticas públicas, aun cuando exista un discurso favorable a la inclusión de la diversidad sexual y de género, amparado en el Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing y otros discursos nacionales (MESTRE MALFRÁN, LAGO, OLIVEIRA, 2019; MESTRE MALFRÁN, OLIVEIRA, 2020a).

El hecho de que el acceso a la salud de personas transexuales esté condicionado a un diagnóstico, tal y como establece la propia Resolución 126 del 2008 y se reconoce en varias publicaciones (CASTRO 2014; RIVAS, 2015; CALAÑA, 2020) no permite reivindicar la autodeterminación sobre el cuerpo, cuestión que resulta clave para la despatologización de las identidades trans y la implementación de políticas trans-críticas (SPADE, 2015). Al final “no existe examen clínico para encontrar la disforia de género” (BENTO, 2017, p.43), toda vez

que la “disforia” es una construcción y efecto de una matriz heterosexual que, en tanto régimen normativo, instaura una patologización de las identidades y cuerpos no conformes a las normas de género.

1.5.1 Sobre los servicios de salud trans-específica a nivel local y provincial.

En el segundo intercambio con Ana, me propuse obtener información respecto a las experiencias con los servicios de salud trans-específica de una persona no residente en la capital del país, así como las posibles conexiones entre servicios de salud provincial y nacional. En este sentido ella expuso:

aquí en Santiago de Cuba se dice desde hace algún tiempo que está funcionando, pero lo que puedo decir es que hay un médico con ganas de trabajar pero no sé si tiene la preparación; las alianzas con La Habana tampoco están bien establecidas [...] Las consultas para mujeres trans funcionan el último trimestre de cada mes en el Hospital Clínico Quirúrgico, hay un médico endocrino, un cirujano, que ha hecho rinoplastias, cirugía de nariz, solo cirugías menores porque aún no está autorizado el implante de prótesis, por ejemplo (ANA, entrevista, enero 2018).

Es importante destacar que a nivel provincial existen servicios de salud insertados en el nivel de atención secundaria, que igualmente integrados por profesionales de las ciencias médicas, jurídicas y sociales ofrecen servicios a personas trans (SEMLAC, 2018). Cabe a estas instancias la dispensarización de algunos tratamientos hormonales²¹, la atención psicológica y la remisión de casos a la Comisión Nacional de Atención a personas transexuales, bajo el criterio de que “el diagnóstico definitivo se realiza en la Consulta Nacional, adonde se remiten las personas con diagnóstico presuntivo de transexualidad” (RIVAS, 2015, p.37).

A su vez este diagnóstico – una especie de pasaporte a la posibilidad de adentrar a la ciudadanía - está en el exclusivo monopolio de un grupo de profesionales y de una única institución a nivel nacional, con lo cual se desconsideran los saberes producidos en los servicios existentes a nivel provincial, así como la propia autonomía de las personas trans (MESTRE MALFRÁN, OLIVEIRA, 2020). En una investigación realizada en Santiago de Cuba (RIVAS, 2015) con usuarias/os que acuden a los servicios que a nivel provincial existen para personas trans, se pone de manifiesto la cuestión antes referida:

²¹ Al no poder entrevistar a profesionales de este servicio en la ciudad de Santiago de Cuba la única información que poseo acerca del tratamiento hormonal ofrecido por los servicios provinciales, fue obtenida por medio de la entrevista con una de las usuarias de este servicio, lo que detallo en el capítulo 4. En la Resolución 126/2008 no se detallan las atribuciones de los servicios de salud provinciales, apenas las del Centro Nacional que atiende a personas transexuales.

a nivel de base, estos procedimientos son ejecutados inicialmente en las Consultas de Sexología Clínica de las diferentes provincias, mientras que el diagnóstico definitivo se realiza en la Consulta Nacional, adonde se remiten las personas con diagnóstico presuntivo de transexualidad (RIVAS, 2015, p.37).

Las personas trans quedan así silenciadas en la encrucijada de saberes hegemónicos y acciones de tutela que les imponen una “presunta transexualidad” que luego será verificada (o no) como “transexualidad verdadera”. Tal y como afirma Bento (2017) “la infantilización camina de manos atadas con la patologización” (p.79) para producir procesos de colonización de las subjetividades. La supuesta autoridad científica que coloca en manos de profesionales, y no de las/os propias usuarias/os una “verdad” sobre sus vidas no solo establece una identidad transexual en tanto realidad ontológica a ser descubierta y verificada, sino que además de eso, este dispositivo trans opera una violencia epistémica con respecto a los saberes de otros profesionales, y de las personas trans.

Datos posteriores confirman la expansión de servicios de salud trans-específica a nivel provincial. En el año de 2018, la Corresponsalía en Cuba del Servicio de Noticias de América Latina y el Caribe, conocida como Red *Semlac Cuba*²² disponibilizó en su plataforma online un informe acerca de la salud de las mujeres trans, basado en entrevistas a dos personas trans (Yelieen Burgues, médica y mujer trans residente en La Habana; Malú Cano, Coordinadora Nacional de la Red Nacional TransCuba) y una médica vinculada a los servicios de salud trans-específicos (Dra. Elvia de Dios Blanco, especialista del CENESEX²³).

Una de las preguntas que dio pie a las declaraciones de las entrevistadas fue: *¿Los servicios de salud actuales satisfacen esas demandas?* De acuerdo con Malú Cano Valladares existen más de cuatro mil personas trans en todo el territorio nacional que han sido registradas²⁴. A ese dato agregó que:

Aunque en ningún hospital o centro creo se le niegue la asistencia médica a una persona trans, deberían existir servicios especializados, como ocurre en ciudad de La Habana. Por tanto, **estaríamos hablando de descentralizar esos servicios y que se extiendan al resto del país**. Hay programas específicos para personas que viven con cáncer y otras enfermedades; pues **también las personas trans necesitan de servicios especializados**, no por una cuestión de discriminación positiva, sino por las características de los procesos por los que pasamos (*destaques míos*, Disponible en: <http://www.redsemlac-cuba.net/component/debates/debate/last/105/14.html>).

²²Disponible en: <http://www.redsemlac-cuba.net/>

²³Estas informaciones pueden ser consultadas en <http://www.redsemlac-cuba.net/component/debates/debate/last/105/14.html>.

²⁴No me fue posible obtener datos estadísticos referentes a las personas trans en las bases de datos de la Oficina Nacional de Estadística e Información de la República de Cuba (ONEI), en la que se concentran las estadísticas referentes a la población cubana. Usé varios criterios de búsqueda que no arrojaron resultados. Consultar en <http://www.onei.gob.cu/>

A esta misma pregunta, la médica Elvia de Dios, especialista del CENESEX, respondió:

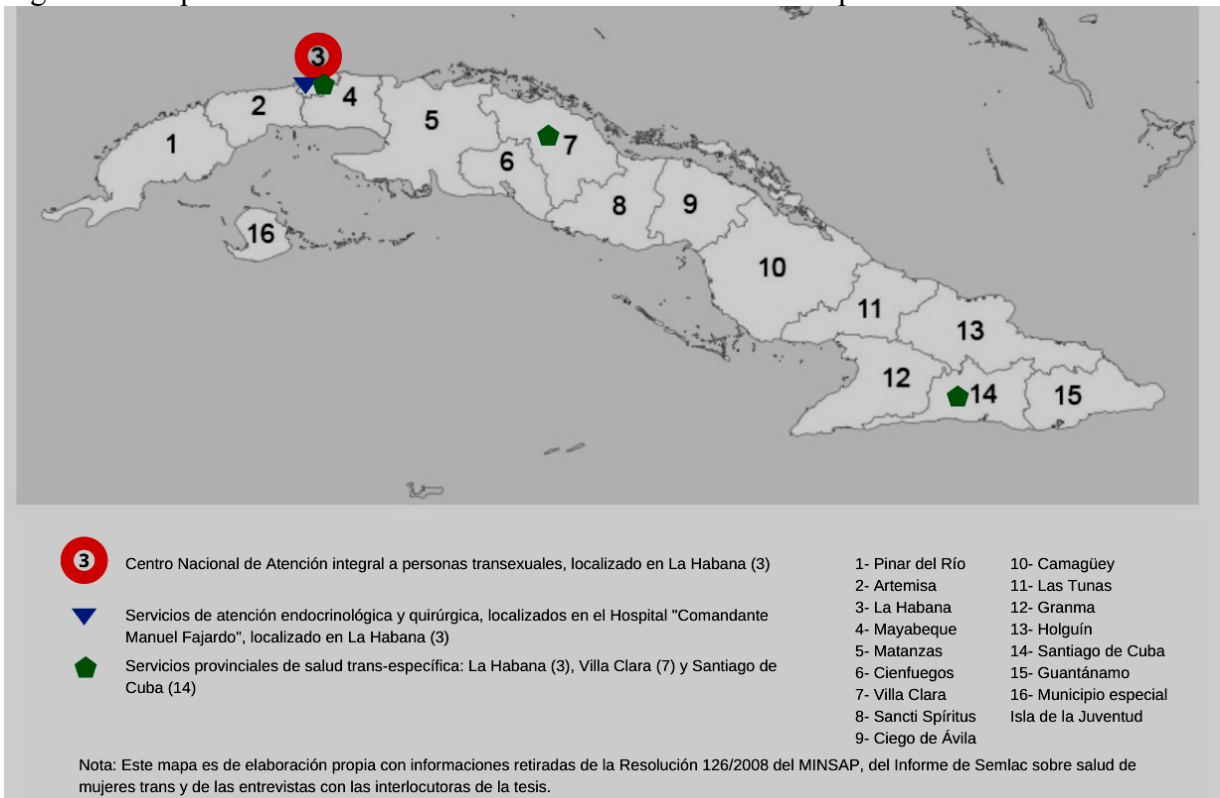
existen grupos de trabajo en La Habana, Santiago de Cuba y se está iniciando el de Villa Clara. Además; se oferta el acompañamiento de pares, parejas y familias por la Red Social Transcuba, que tiene representantes y grupos en cada una de las provincias del país. Por otra parte, en el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) existe un servicio científico-asistencial jurídico, cuyo objetivo son actividades de defensoría de sus derechos. **Los servicios de atención endocrinológica y quirúrgica están centralizados en La Habana, en el Hospital Comandante Manuel Fajardo;** para facilitar el acceso a los turnos, estos se ofertan por teléfono o de forma personal en el Cenesex. **No se puede negar que la centralización limita el acceso** y facilita la automedicación hormonal, generalmente con sobredosis que acarrear efectos adversos desde náuseas, mareos y vómitos, hasta trombosis venosa (DIOS, 2018, *s/p destaques mios*).

A la cuestión relacionada con las sugerencias que pudieran mejorar el servicio de salud actualmente existente, responde Yelieen Burguees, médica y mujer trans:

yo creo que las problemáticas y particularidades de las personas trans se deberían incorporar a los programas de formación y planes de estudio, no solo de los estudiantes de Medicina, sino de residentes en especialidades afines. Otra sugerencia es ampliar el servicio a otras partes del país; se pudieran organizar diplomados o maestrías para formar a especialistas de otras provincias, porque cuando vamos a las consultas encontramos a muchas chicas que durmieron en la terminal de ómnibus para poder venir a la consulta, o que viajan por 48 horas porque no son de las cabeceras provinciales, sino de algún municipio o provincia oriental (BURGUEES, 2018, *s/p*).

Resumiendo, la Resolución 126/2008 para la atención trans-específica en salud forma parte de las dinámicas e instituciones de salud con un estatus de cuasi política-pública, promesa y preludio de lo que será, en algún momento una política integral para personas trans en Cuba. El siguiente gráfico (Figura no 2) ilustra la localización de estos servicios a nivel nacional y provincial, reflejando a su vez algunas de las informaciones más relevantes sobre la salud trans-específica en Cuba.

Figura 3 - Mapa de localización de los servicios de salud trans-específica en Cuba.



Fuente: Elaboración de la autora.

1.6 EL PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN A LA PAREJA INFÉRIL EN CUBA.

Una de las publicaciones más importantes de la prensa nacional cubana – el periódico Granma del día 17 de diciembre de 2018 – nos muestra un titular que, a primera vista pudiera parecer muy prometedor. En esta edición reza el titular *“De la prevención al in vitro”*²⁵. Seguidamente puede leerse:

Desde el año 2012, con el objetivo de contribuir al incremento de la natalidad en el país, y dando respuesta al lineamiento de la política económica y social del Partido que atañe al contexto demográfico, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) se dio a la tarea de construir y, posteriormente, desarrollar una red de servicios de atención a la pareja infértil (REYES, 2018)²⁶

De acuerdo a datos ofrecidos por el MINSAP que son retomados en esta publicación, se reconoce que desde el año 2012 y hasta el momento en que se publica este material periodístico existen:

²⁵ Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2018-12-17/de-la-prevencion-al-in-vitro-17-12-2018-22-12-36?page=2>

²⁶ Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2018-12-17/de-la-prevencion-al-in-vitro-17-12-2018-22-12-36?page=2>

unos 15 servicios provinciales de reproducción asistida, hasta donde llegan las parejas desde la atención primaria, y donde se hace el diagnóstico de las causas, fundamentalmente tubáricas (que afecta las trompas de la mujer); también se trata y se diagnostica el factor masculino no severo” (REYES, 2018)²⁷.

Es importante destacar que en el contexto de este suplemento periodístico la cuestión de la reproducción se aborda como un derecho en salud que cuenta con las garantías de gratuidad y tratamiento humanizado. En tal dirección se informa que un total de 102 234 casos han sido registrados hasta la fecha en los servicios existentes a nivel nacional.

En otros periódicos nacionales la reproducción asistida es presentada con los siguientes énfasis. “Garantiza Cuba reproducción asistida de alta complejidad de forma gratuita” (CUBA SÍ, 2019, p.1). “Priorizan programa de reproducción asistida en Cuba” (RADIO SANTA CRUZ, 2019, p.1). “Presidente cubano chequea acciones para mejorar dinámica demográfica en Cuba” (CUBA DEBATE, 2019, p.1). “Éxitos en atención a la pareja infértil” (ADELANTE.CU, 2020, p.1). “Atención a la pareja infértil en Las Tunas se consolida y crece” (GÓMES, 2019, p.1). “Nuevas técnicas en Centro de Reproducción Asistida de Holguín” (PICHES, 2020, p.1). “Más embarazos en Cuba mediante atención a la pareja infértil” (CUBA SÍ, 2020, p.1). “Reproducción asistida en Cuba: nuevas razones para la felicidad” (GRANMA, 2020, p.1). “Aumentan embarazos de parejas con problemas de fertilidad en Cuba” (ON CUBA, 2020, p.1).

Las noticias y reportajes presentados proceden de diversos medios de comunicación de circulación nacional, provincial e internacional (en los casos de On Cuba y Granma) y se preocupan en mostrar tanto los resultados como la efectividad de las técnicas de reproducción asistida en Cuba y su vinculación con una política estatal de incremento de la natalidad. El Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil (PNAPI) es totalmente gratuito y fue aprobado en el año 2007 (MINSAP, 2012) en sintonía con las estrategias trazadas por el Partido Comunista de Cuba para elevar las tasas de fecundidad y natalidad, ante una dinámica demográfica con tendencia al envejecimiento poblacional. En el 2010 se aprobó el reglamento para su implementación y en los años 2012 y 2018 se realizaron actualizaciones de sus protocolos (BARBOSA, 2019).

Aunque el proceso de gestión de la información sobre el PNAPI se ve limitado frecuentemente debido a que todos los datos son almacenados en formato papel (LEYVA, MILLÁN, 2018), las últimas estadísticas del 2019 indican que desde el 2007 se habían

²⁷ Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2018-12-17/de-la-prevencion-al-in-vitro-17-12-2018-22-12-36?page=2>

conseguido diagnosticar en Cuba 113.148 parejas infértiles y se habían logrado 7 080 embarazos por la vía de la reproducción asistida (VELOZ, MARTÍNEZ, 2020).

Además del incremento de la natalidad, entre los fundamentos para la aprobación del PNAPI también se hace referencia a la consolidación y ampliación de las políticas del país en materia de derechos sexuales y reproductivos, reafirmando su adhesión a los acuerdos internacionales derivados de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) y de la IV Conferencia Mundial sobre Mujeres en Beijing (1995). En consecuencia, el PNAPI se establece como una política de salud comprometida con la igualdad de género que contribuye al cumplimiento de los objetivos declarados en el Plan Nacional de Seguimiento a los Acuerdos de Beijing, aprobado en 1997 y reactualizado en función de las revisiones internacionales de dichos acuerdos (Beijing+5, Beijing+10, Beijing+15, Beijing +20 y Beijing+25).

En este sentido, constato que la expresiva visibilidad del PNAPI en los medios de comunicación contrasta con un número limitado de investigaciones sobre el citado programa. Las pocas publicaciones científicas cubanas sobre el PNAPI que fueron localizadas al revisar las bases de datos Web of Science, PubMed, Scopus, Scielo, Dialnet, Clase, Redalyc y plataformas del Ministerio de Salud de Cuba, se han centrado en análisis de la gestión e impactos del Programa (BERNAL; JORDÁ, 2011; NICOT; QUEVEDO; NICOT, 2016; NOA, 2018), factores socio-epidemiológicos y clínicos de parejas atendidas (LLAGUNO, 2015, (MORA; et al. 2019), representaciones socioculturales de la infertilidad y de su atención en los servicios de salud (BERNAL, 2012), vivencias psicológicas asociadas a la infertilidad en usuarias del PNAPI (BELLO; BATISTA, 2019), gestión de la información sobre la implementación y atención a parejas usuarias (LEYVA; MILLÁN, 2018) e implicaciones jurídicas de la reproducción asistida en Cuba (VALDÉS, 2017; GONZÁLEZ; MORFFI, 2019).

1.6.1 Algunos antecedentes y estado actual sobre la reproducción asistida en Cuba.

Desde la década del 60 ya existían consultas de infertilidad en Cuba, aunque su cantidad era bastante reducida debido a la insuficiente disponibilidad de especialistas y los resultados muy limitados por el poco desarrollo de las técnicas de tratamiento. Tampoco se contaba con estadísticas sobre la incidencia poblacional de la infertilidad que sirvieran de insumos a análisis científicos sobre la problemática, careciéndose de protocolos específicos en este campo (BERNAL, 2012).

Fue a partir de 1959 que se comenzaron a gestar un conjunto de reformas e inversiones en el campo de la salud. Baste recordar que en 1958 había una escuela de medicina y 97 hospitales en todo el país y en 1965 ya se contaba con tres escuelas de medicina y 159 hospitales. A inicios del año 2000 se registran más de 14 facultades de medicina, 440 policlínicos, 20 000 consultorios del médico de la familia y 283 hospitales provinciales (SALAS; SALAS, 2012).

Para la década de los años 80 el país había conseguido una ampliación de las consultas de infertilidad asociada al desarrollo de una red orgánica de atención primaria, secundaria y terciaria, así como la formación de especialistas para actuar en el campo de la reproducción asistida. No obstante, los servicios de salud enfocados en la infertilidad aún no constituían en ese período una prioridad: “La importancia de la atención a la salud materno-infantil ha privilegiado a la especialidad de Obstetricia más que a la de Ginecología, ámbito de la especialidad en donde se ubican los estudios de la infertilidad” (BERNAL, 2012, p.48). A esto se añadía la escasa motivación entre los médicos para dedicarse de la atención a la infertilidad por lo arduo que se tornaba el manejo de la pareja infértil, lo prolongado del proceso de atención y la escasez de medios para el diagnóstico y tratamiento (BERNAL, 2012).

La crisis económica que comenzó en Cuba en 1990 asociada a la desintegración de la Unión Soviética forzó al país a priorizar otras problemáticas de salud y las consultas de infertilidad se vieron significativamente afectadas. Uno de los especialistas de estas consultas afirmaba que durante la crisis económica de los 90 llegó un momento en que no había ni clomifeno para inducir la ovulación. Los pocos recursos disponibles se destinaban a salvar vidas (BERNAL, 2012).

A partir del año 2000, Cuba comenzó a mostrar un panorama de recuperación económica que permitió consolidar políticas ya existentes y crear nuevos programas por parte del Ministerio de Salud Pública. Varios de los programas de salud que se comenzaron a valorar en la época estuvieron asociados al cuadro epidemiológico del país que reveló el censo de población realizado en 2001. Entre los diversos indicadores obtenidos, llamaron la atención varios de ellos:

-la tasa de natalidad había disminuido de 27,7 (año 1970) a 12,4 por cada 1000 habitantes (año 2001) (ÁLVAREZ; NISTAL, 2003).

-la tasa de fecundidad general (nacidos vivos por 1.000 mujeres en edad fértil) descendió a 45,5 en el año 2001 para una reducción porcentual del 27 % en relación con 1990 que era de 62,1 (OFICINA NACIONAL DE ESTADÍSTICAS, 2002).

-las estadísticas del 2001 también mostraron que la tasa global de fecundidad (número de hijos promedio por mujer) llegó a 1,6 y el número de hijas promedio por mujer (tasa bruta de reproducción) llegó a 0,78 (ÁLVAREZ; NISTAL, 2003).

Las estadísticas del 2001 ya evidenciaban una reconfiguración de la maternidad en los proyectos de vida de las mujeres cubanas (REYES, 2012). Al respecto, refiere Bernal (2012):

Muchas mujeres detuvieron sus planes de procreación y postergaron la maternidad, en espera de un mejor momento que además no interfiriera con su desarrollo profesional. La mujer cubana, en este período, priorizó otras actividades por encima de la maternidad. El desarrollo educativo y la ocupación del espacio público empoderó a las mujeres; la situación económica compleja expresada en la vida cotidiana durante el período especial tuvo su efecto en la disminución de las tasas de reproducción (p.32).

A ello debemos sumar las insatisfacciones de la población con relación a la calidad de la atención en las consultas de reproducción asistida. Estudios realizados constataron inexistencia de dichos servicios en diversas ciudades del país, congestión de la atención debido a la alta demanda, insuficiente organización de los servicios, carencia de especialistas, inestabilidad del personal e inexistencia de protocolos precisos (BERNAL, 2012).

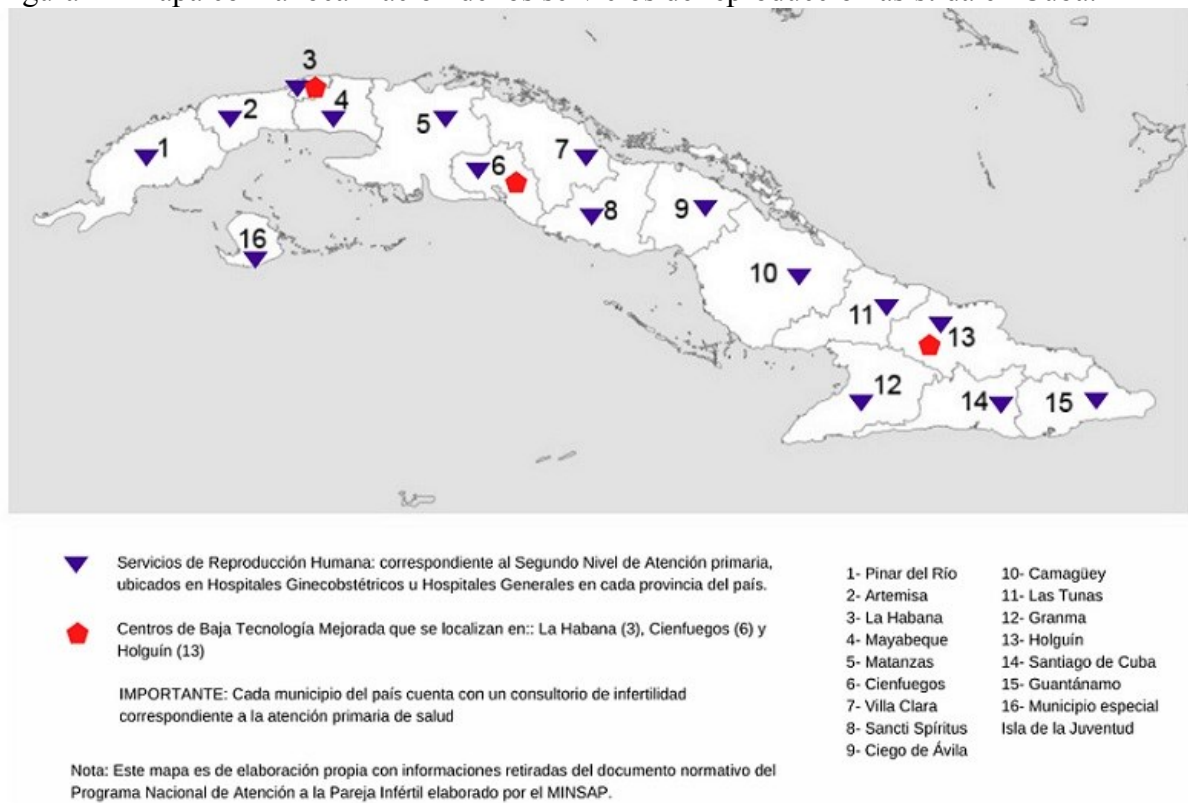
Ante los análisis estadísticos realizados en la época, el patrón de fecundidad existente y la precariedad de los servicios de reproducción asistida, el Estado comenzó a trazar estrategias para incrementar las tasas de fecundidad y natalidad ante una dinámica demográfica con tendencia al envejecimiento poblacional. Como parte de las estrategias estatales, el Ministerio de Salud Pública aprobó en 2007 el Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil (PNAPI), reglamentando el sistema de consultas de infertilidad, los niveles y protocolos de atención y el funcionamiento de los equipos multidisciplinarios para la atención de los casos. En el 2010 se aprobó el reglamento para su implementación y en los años 2012 y 2018 se realizaron actualizaciones en sus protocolos.

Al constituir un Programa Nacional, se ampliaron las inversiones para elevar la cantidad de consultas y calidad de los servicios de reproducción asistida, implementar técnicas de reproducción más avanzadas y elevar el número de especialistas. El Programa actualmente cuenta con una red de servicios que incluye 168 consultas de infertilidad en cada municipio, 15 centros provinciales de reproducción asistida y 6 centros territoriales de alta tecnología con criopreservación de ovocitos, embriones y semen, localizados en Cienfuegos, Camagüey, Holguín, Santiago de Cuba y dos en La Habana (MINSAP, 2012).

En cada municipio del país existe una consulta de infertilidad a la que pueden acudir las parejas consideradas infértiles, previo diagnóstico en los consultorios de cada comunidad. La Consulta de Infertilidad ubicada en la atención primaria de salud es responsable por la

realización de los primeros estudios que facilitarán la entrada de las parejas al Programa Nacional mediante remisión. A la llegada de las parejas al segundo nivel de atención de salud, correspondiente a hospitales ginecobstétricos u hospitales generales de cada provincia, se profundiza en el diagnóstico de infertilidad, sus causas y se procede a aplicar los diferentes tratamientos según sea el caso. Las técnicas de reproducción asistida (TRA) disponibilizadas en el SNS son la inseminación artificial, la fertilización in vitro y transferencia embrionaria (FIV/TE), la inyección intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI) y la donación de ovocitos (MINSAP, 2012). El mapa que sigue, ilustra la distribución de estos servicios en el territorio nacional.

Figura 4 - Mapa con la localización de los servicios de reproducción asistida en Cuba.



Fuente: Elaborado por la autora.

Conclusiones

Las informaciones presentadas en este capítulo sobre la salud trans-específica y la salud sexual y reproductiva, ilustran su constitución histórico- política en el contexto cubano, las dinámicas institucionales que las singularizan y las principales inscripciones discursivas que orientan su concepción, destacándose en este caso una perspectiva biomédica y una perspectiva de *gender mainstreaming*, también conocida como transversalidad de género en

los países de América Latina. Esta última fue establecida en la IV Conferencia Internacional de Beijing 95 como la estrategia más idónea para poner en práctica el principio de igualdad entre hombres y mujeres en las políticas públicas (MALLADO; SILVA; ESPINOSA, 2017). Así, la transversalidad de género se erigió como el marco interpretativo por excelencia en torno a la desigualdad de género en las políticas públicas (BUSTELOS; LOMBARDO, 2005).

Un aspecto que ha distinguido las intervenciones estatales en estas arenas ha sido la identificación de insuficiencias de los servicios generales de salud para atender integralmente demandas específicas y complejas de las usuarias trans y de la reproducción asistida respectivamente. No se puede negar una cuota de voluntad política estatal puesta en práctica para revertir este estado de cosas. Es así como se formalizan los servicios de atención a la infertilidad y el proceso transexualizador, ambos a mediados de la década de los años 2000.

Las inscripciones discursivas antes explicadas, socavan los propósitos de integralidad en salud e igualdad de género previstas en las políticas públicas. La predominancia de discursos biomédicos da lugar a la presencia de paradigmas patologizantes manifiestos en la gramática política que distingue al MINSAP, al referirse a la experiencia trans como transexualismo, o cuando las travestis fueron agrupadas con los HSH a los fines de realizar acciones de prevención en salud, entre otros ejemplos que enuncié a lo largo del capítulo y en el modo de concebir la atención en salud trans y reproductiva.

Justamente, una de las cuestiones que se tornará un eje importante de análisis en capítulos siguientes es esa noción de vulnerabilidad en tanto una construcción esencialmente biomédica, la cual se muestra insuficiente para captar complejas situaciones de subordinación vivenciadas por las usuarias en el contexto de la salud. Precisamente, el concepto de matriz de dominación desarrollado en el seno del feminismo negro, así como otras claves teóricas posibilitan un discernimiento de la vulnerabilidad en salud que es causada por la acción de regímenes de poder como el género, la sexualidad y otras prescripciones normativas. Inclusive será una preocupación de este trabajo discutir el modo en que determinadas dinámicas institucionales en salud, en sí mismas, instauran situaciones de vulnerabilidad interseccional (CRENSHAW, 2002).

Otra de las cuestiones tratadas a lo largo de este capítulo 1 fue el modo en que las políticas públicas de salud son consideradas por el estado cubano como intervenciones de *gender mainstreaming* (BUSTELOS; LOMBARDO, 2005). Tal posicionamiento presupone un uso instrumental y descriptivo del término género, incorporado a la gramática política del MINSAP, sin que ello suponga accionar el concepto de género como una herramienta teórico-política que sirva de fundamento para el establecimiento de una política pública como un

instrumento de justicia social. Contrario a eso esta inscripción de las cuestiones de la salud trans y reproductiva en un marco de género instrumental, ha significado apenas usar género como un término que denota una atención especial a grupos específicos que distinguen de otras poblaciones. Tal uso descriptivo se distancia de un abordaje feminista en el que la perspectiva de género implicaría un compromiso con el análisis de situaciones de dominación y la correspondiente intervención para transformar las mismas (MOSCHKOVICH, 2018).

El modo en que estas cuestiones moldean las políticas públicas servirá de punto de partida para analizar detenida y profundamente en los capítulos siguientes algunos efectos de los marcos de reconocimiento presentes en la política de salud trans y reproductiva, procurando discernir qué efectos de subordinación se instauran.

Por último, las cuestiones presentadas en este capítulo muestran la inserción de los servicios nacionales de salud trans y de salud reproductiva en el campo de las biopolíticas como formas de gobierno estatal que buscan la regularización y control de las poblaciones (FOUCAULT, 2000). Tal constatación es un punto de partida para inspirar otros esfuerzos analíticos que sitúen a las políticas públicas como procesos interesados en la transformación de situaciones complejas de desigualdad. El siguiente capítulo trata precisamente de la tarea analítico-reflexiva, y política de (re)imaginar a las políticas públicas como un proyecto feminista, inspirado en referentes interseccionales y otras contribuciones críticas de las ciencias sociales y humanas.

CAPÍTULO 2: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD: IMAGINANDO POLÍTICAS FEMINISTAS INTERSECCIONALES

“Le comenté a alguien algunos aspectos que tocaría en la investigación [...] de buena fé me pidió ‘no te metas en eso’. Tendré que ‘caer en eso’, rozaré algunas cuestiones preocupantes, no queda de otra [...] nos referiremos a la significación del desarrollo de una mirada de género, que no quede en una simple moda, en una campaña, sino que contemple el cambio como un hecho cultural, para que se articule con lo cubano y rompa una medida” (CANALS, 2018, p. 4, 6)

“A política deve trabalhar para que a lei seja uma sabotagem à arbitrariedade das normas”
(OLIVEIRA, 2015, p.12)

La primera citación que abre este capítulo forma parte de una de las últimas publicaciones feministas lanzadas en Cuba. Su autora, Teresa Díaz Canal (2018) confronta por medio de esta obra, las tentativas de silenciamiento que históricamente han sometido a los saberes feministas, destacando la relevancia de estos para impulsar transformaciones en la sociedad cubana contemporánea. Las reflexiones de este capítulo pretenden operar en la misma dirección del trabajo de Canals (2018), rescatando la importancia del feminismo como epistemología y acción ético-política que busca transformar situaciones de injusticia social, cuestión en la que están directamente implicadas las políticas públicas de salud analizadas.

Es un propósito, por tanto, situar el objeto de este estudio – políticas públicas de salud de un contexto socialista - dentro de coordenadas teórico-políticas feministas y emancipadoras. Como aseguran Ernesto Laclau y Chantal Mouffe (1987) un desafío de los proyectos socialistas es radicalizar la democracia, lo que supone “la articulación de las luchas contra las diferentes formas de subordinación, de clase, de sexo, de raza” (p.6). Radicalizar la democracia, o ir a la raíz como dijera Ángela Davis (2018), es también un ejercicio de (re)imaginar los feminismos en contextos latinoamericanos y caribeños, sus implicaciones epistemológicas y su acción política.

Si tenemos en cuenta que en Cuba “aunque no dejó de ejecutarse un activismo social desde la Federación [...] la propia palabra feminismo se vuelve sospechosa” (CANALS, 2018, pp.135-136), dado un imaginario que lo considera una importación burguesa e imperialista, esta tarea de (re)imaginar los feminismos, puede resultar bastante desafiadora, teniendo en cuenta que “el dónde y el cómo ‘buscamos’ al feminismo ‘en movimiento’, [...] condiciona lo que conseguimos observar, y [...] flexiona como podemos imaginarlo, teorizarlo y practicarlo” (ALVAREZ, 2014, p15).

Pensar al feminismo “en movimiento” implica, entre otras posibilidades, explorar dónde y cómo este encuentra coligaciones productivas. En este caso procuro imaginar diálogos posibles entre el campo feminista y las políticas públicas de salud analizadas. Precisamente porque se trata de dos arenas políticas que no pocas veces son situadas de forma antagónica, me distancio de las posturas que reivindicaban un antagonismo entre Estado y feminismo, y que se sirven de esa disputa para dirimir un estatus de pertenencia y/o autenticidad como feministas – “de verdad”- (ÁLVAREZ et al., 2003).

Me adscribo a la propuesta teórico-epistemológica de Sonia Álvarez (2014) que entiende los feminismos como campos discursivos de acción. Dentro de este aparato conceptual e interpretativo se asume que

los movimientos feministas [...] se expanden *más allá de la sociedad civil* [...] ampliándose lateralmente para abarcar diversas instancias organizativas de la misma, ellos muchas veces se extienden verticalmente, por así decirlo, en dirección a la sociedad política, al Estado, y otros públicos dominantes nacionales y transnacionales (ÁLVAREZ, 2014, pp.17,18, *destaques de la autora*).

A partir de aquí se entiende que el feminismo, en tanto un campo discursivo de acción, no se localiza necesariamente en una institución específica e involucra a diversas/os actoras/es sociales. De igual manera no se trataría de que, a priori, no puedan concebirse prácticas e ideas feministas circulando en instituciones estatales, teniendo en cuenta la posibilidad que tienen los feminismos de articular diversas tramas político-comunicativas (ÁLVAREZ, 2014).

En cuanto a los feminismos como campos discursivos de acción, Sonia Álvarez (2014) destaca que estos presuponen una articulación a través de lenguajes, sentidos y perspectivas de mundo que conforman una gramática política capaz de reunir a disímiles actoras/es sociales que se conectan con ese campo, definiendo sus identidades y sus estrategias de acción. En calidad de comunidades discursivas, los feminismos tienen la potencialidad tanto de disputar discursos hegemónicos como de instaurar nuevos códigos culturales. Respecto a su acción dentro de la sociedad la autora subraya:

sostengo que estos espacios discursivos, constituyen en sí mismos, formaciones nítidamente políticas en las que se construye y ejerce la ciudadanía, los derechos son imaginados y no solo demandados, se forjan identidades y necesidades y se negocian y disputan poderes y principios [...] Los flujos del campo feminista son el resultado de sus interacciones dinámicas con los campos de poder en los que se inserta dentro de una determinada coyuntura histórica. Las reconfiguraciones del campo feminista también son un producto de cambios en las alianzas y disputas internas y en las transformaciones de las coligaciones (ÁLVAREZ, 2014, pp.19-20).

A partir de esa perspectiva que percibe posibilidades de alianzas entre el campo feminista y otras instancias políticas y, que lo entiende como parte de un ejercicio de la

ciudadanía, considero relevante un abordaje feminista de las políticas públicas de salud trans-específica y de reproducción asistida, en tanto esferas que remiten al ejercicio de la ciudadanía sexual (EVANS, 1993), ciudadanía reproductiva (PÉREZ NAVARRO, 2019) y trans-ciudadanía (IRSCHICK, 2013; BENTO 2014, 2017) en el contexto de la salud pública cubana.

La salud trans-específica y la reproducción asistida envuelven a grupos sociales usualmente considerados como minorías reproductivas y minorías de género, funcionando como el exterior constitutivo (LACLAU; MOUFFE, 1987) del sujeto universal de la salud pública. De modo que, cuando se institucionalizan las demandas de salud de estas dichas “minorías”, las políticas públicas suelen funcionar como dispositivos de control que intentan reproducir versiones del sujeto hegemónico. A partir de aquí se justifica la necesidad de un abordaje feminista de las políticas públicas, a fin de examinar el modo en que las normas de género y otras matrices de poder (des)orientan la concepción de las políticas públicas de salud. Suscribo con Donna Haraway (2009) que las epistemologías feministas están interesadas en el modo como “significados e corpos são construídos, não para negar significados e corpos, mas para viver em significados e corpos que tenham a possibilidade de um futuro” (p.16).

Para desarrollar este enfoque feminista acerca de políticas públicas de salud, escogí como interlocutores a algunos presupuestos feministas postestructuralistas, del feminismo negro, del transfeminismo y nociones teóricas provenientes de la teoría de la democracia radical y plural (MOUFFE, 2015). Se trata de un abordaje interdisciplinar que apela a la *hifenização* (OLIVEIRA, 2010) de los feminismos y otras teorías del campo de las ciencias humanas como forma de propiciar un abordaje complejo del objeto de investigación.

La noción de *saberes hifenizados* de João Manuel de Oliveira (2010) subraya que se trata de saberes híbridos que erosionan las fronteras disciplinares creando espacios intersticiales. Este tipo de saberes propone cruzamientos conceptuales útiles para comprender un mundo cuya complejidad y diversidad exige de lentes analíticos mucho más plurales. Se trata de una perspectiva que no solo habita múltiples locales, sino que “possibilita manter a imaginação epistemológica alerta sobre novas formas de pensar a teoria feminista” (OLIVEIRA, 2010, p.27).

Posicionada en esta perspectiva de *hifenização* de saberes feministas y otros, elaboro algunas críticas a las definiciones cubanas acerca de políticas públicas de salud que fueron descritas en el capítulo anterior. Junto con ello, presento algunas de las ideas que son fundamentales para situar mi pensamiento en el campo de las políticas públicas de salud a

partir de las coordenadas teórico-epistemológicas aquí asumidas. Seguidamente, en el epígrafe 2.2 de este capítulo expongo las contribuciones del pensamiento feminista negro para el estudio de las políticas públicas de salud.

Una de las principales limitaciones que identifiqué en la concepción de las políticas públicas de salud discutidas en el capítulo anterior, es el modo como ellas son comprendidas esencialmente como meras herramientas técnicas materializadas en protocolos, criterios de acceso, entre otras cuestiones. Tal visión ha sido calificada como limitada y empirista (GIOVANNI, 2009), al omitir las múltiples dimensiones que integran este complejo objeto de estudio.

Diversos estudios han señalado pluralidad de los aspectos que envuelven a las políticas públicas, tales como los procesos sociopolíticos que condicionan su emergencia, los ciclos de implementación que incluyen la construcción del problema público y los debates en torno al mismo; la formalización del problema en la agenda de los poderes públicos, el diseño de acciones, la implementación y la subsiguiente evaluación. Otra de las aristas investigadas se refiere a las tensiones y diálogos de la sociedad civil y el Estado, entre muchos otros asuntos (PLATERO, 2013; PEÑA, 2015; TORRES, 2016; SILVA; et al 2017; BONETI, 2018; MATOS, 2018).

No es intención de esta tesis atender a todos los elementos constitutivos de las políticas públicas de salud escogidas. Una vez que me es posible reconocer la multiplicidad y complejidad de este objeto y, atendiendo a los objetivos del estudio, suscribo mi adhesión conceptual a las perspectivas que resaltan la dimensión simbólica de las políticas públicas a partir de considerarlas un tipo de dispositivo biopolítico (GIOVANNI, 2009; PLATERO, 2012; SAMPAIO; GERMANO, 2014; ANGONESE; LAGO, 2017; RODRIGUES, 2018; MATIAS; BARONE, 2020).

Tal comprensión de las políticas públicas encuentra su fundamento en las contribuciones del pensamiento de Michel Foucault (2000) acerca de la biopolítica entendida como el conjunto de poderes referidos a la administración de la vida de las poblaciones, la valoración diferenciada de esas vidas a través del establecimiento de medidas y normas que pautan cómo se debe vivir, qué formas de vida son autorizadas y cuáles vidas serán expuestas a la precariedad.

Políticas públicas, bajo esta perspectiva, constituyen matrices discursivas que operan procesos de construcción y negociación de la realidad, y, por ende, constituyen modalidades de ejercicio de poder que integran dispositivos de poder/saber, a la vez que resultan también instrumentos para impulsar procesos de democratización de las sociedades. Esta comprensión

“va más allá de la idea de que una política pública es simplemente una intervención del Estado en una situación social considerada problemática” (GIOVANNI, 2009, s/r).

De acuerdo con Giovanni (2009) “o campo das *polícies* é um universo povoado por valores [...] os elementos da estrutura simbólica são de fato muito mais que uma expressão cultural neutra [...] são também reveladores de [...] tradicionalismos e interferências ideológicas que ocorrem nessas mesmas arenas” (s/r). Dentro de esta perspectiva se entiende que las políticas públicas tornan legítimas (o no) determinadas demandas y establecen “quais os modos de viver que são possíveis ou desejáveis” (SAMPAIO; GERMANO, 2014, p.293). Siendo así, estas últimas operan como matrices de reconocimiento. Uso el término matrices de reconocimiento a partir de las reflexiones de Judith Butler (2007) sobre los procesos de inteligibilidad que conceden reconocimiento, legitimidad a determinadas formas de existencia en detrimento de otras.

Tal reconocimiento toma como base a determinadas premisas acerca del género, la sexualidad, entre otros marcadores sociales. Dichas premisas, al ser formuladas con un carácter normativo “deciden por adelantado lo que pasará a formar parte del campo de la ‘humano’ y de lo ‘vivable’” (BUTLER, 2007, p.26). Es decir, una matriz de reconocimiento actúa como un poder demarcador que establece qué es una vida inteligible, así como aquella que no alcanza este estatus. Respecto al modo en que las matrices de reconocimiento se encuentran imbricadas con las políticas públicas, ha dicho la propia autora:

nós pensamos que conhecemos um fenômeno conforme o nomeamos, e então pulamos para a questão de políticas públicas, de direitos, de prerrogativas, de legislação e regulamentação médica. No entanto, conforme analisamos esses documentos, podemos notar várias operações de discurso que não somente estão construindo um argumento sobre o que deve acontecer a uma determinada população, mas estão ativamente definindo essa população (BUTLER, 2016, p.22).

A tono con lo antes expuesto, y situándonos en el caso concreto de las políticas públicas estudiadas, puede considerarse que, cuando se formulan los argumentos acerca de quiénes pueden acceder a la reproducción asistida y los servicios trans-específicos en salud, el Estado acciona un poder discursivo que, como nos advierte Teresa de Lauretis (1987), es un poder capaz de controlar el campo de la significación social. Por medio de tales operaciones discursivas se establece, por ejemplo, en el caso de la reproducción asistida, un modelo de familia supuestamente idóneo en base al cual esta política auxiliará a las personas en su deseo por hijas/os.

Este poder demarcador opera así reforzando determinadas representaciones y sancionando ciertas formas de existencia (como sería, por ejemplo, aspirar a la reproducción

asistida estando fuera de la estructura “pareja”). Por consiguiente, cuando se colocan en el centro del debate sobre políticas de salud cuestiones tales como los criterios de acceso, por solo referirme a un aspecto de este engranaje, tales parámetros no solo nos indican quién es el sujeto inteligible para la política, sino también determinadas restricciones normativas que son construidas junto con los accesos.

Además de pensar las políticas públicas a partir de concepciones teóricas que la entienden como un dispositivo biopolítico, dialogo con otras premisas del campo de las ciencias humanas que permiten comprender los efectos de estas, en tanto instancias simbólicas. Para identificar estos efectos, es preciso pensar con y contra las concepciones que tienden a circunscribir a las políticas públicas a un tipo de intervención estatal materializada en protocolos técnicos. El foco en estos aspectos meramente técnicos puede ser una de las formas de despolitizar a las políticas públicas, restringiendo así su potencial emancipador, como bien alertan las reflexiones de Chantal Mouffe (2015).

Ciertamente, las políticas públicas se refieren a la acción estatal interviniendo en un orden social. Ahora bien, este orden social no es exactamente un terreno pacífico en el que el Estado distribuye, sosegadamente, servicios y derechos. De la mano de Chantal Mouffe (2015) se nos advierte que, pensar las políticas requiere otra ontología de lo social que reconozca su conflictividad. Es así como, para esta autora, la política integra “el conjunto de prácticas e instituciones por medio de las cuales [...] se promueve la coexistencia humana en un contexto marcado por la conflictividad” (MOUFFE, 2015, p.8).

Teniendo en cuenta que las políticas buscan “poner orden” en este escenario social conflictivo, uno de los desafíos de quienes investigamos este objeto (así como de quienes formulan políticas públicas) será observar críticamente el modo en que las políticas lidian con esta conflictividad constitutiva del orden social, y cuáles son los efectos de eso en términos de privilegios/opresiones de los grupos directamente envueltos en determinadas políticas públicas. En tal sentido las nociones de agonismo y pluralismo democráticos y de exterior constitutivo, me parecen centrales para esta tarea analítica.

A partir de la noción de exterior constitutivo (LACLAU; MOUFFE, 1987) se entiende que las identidades políticas están estructuradas de manera relacional, siendo la afirmación de una diferencia, - a menudo entendida en un sentido jerárquico - la condición previa para la existencia de tales identidades. El “otro” establece las fronteras de existencia del yo, cuestión que es recurrente en la definición del sujeto de las políticas públicas. Esta premisa es fundamental para analizar las políticas en el campo de la diversidad sexual y de género, un terreno fértil en el que esa disputa identitaria puede volverse especialmente

antagónica, ya que se asume que aquellos que transgreden los ideales normativos, amenazan la existencia de las identidades hegemónicas. Por medio de este argumento es preciso prestar atención a los regímenes de inteligibilidad presentes en las políticas públicas, pues dichos regímenes, al otorgar legitimidad a determinados sujetos, niegan o invisibilizan un conjunto de otras existencias.

También las nociones de agonismo y pluralismo democrático (MOUFFE, 2015) resultan válidas, a mi modo de ver, para abordar algunos ejes centrales de las políticas públicas. Dentro de la dimensión simbólica que es constitutiva de las políticas públicas, y que explicaba en las líneas precedentes, cabe pensar en el modo como las políticas apelan a retóricas que son presentadas como valores consensuales, compartidos por toda la sociedad. A modo de ejemplo, recupero una de las argumentaciones que se coloca en el Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil para legitimar la existencia de estos servicios recurriendo a esa estructura normativa que es la pareja heterosexual. Así, se plantea: “la reproducción asistida es, en esencia, una actividad encaminada a un fin noble: satisfacer el deseo de una pareja de tener un hijo” (MINSAP, 2012, p.49).

Esta retórica del “fin noble” tiene varios efectos. Uno de ellos es obstruir cualquier otra narrativa distinta a la que la política promueve, colocando en el lugar de enemigo, amenaza, riesgo a cualquier otra postura que dispute esa narrativa de partida, a la vez que de antemano se construye una oposición/antagonismo. Igualmente se refuerza el discurso de la política como el lugar de lo incuestionable. Si, al final se trata de una “finalidad noble” pensada como un tipo de consenso social, se está delimitando así a “los posibles enemigos de esa finalidad”, que serían todos aquellos discursos que cuestionen la obligatoriedad de esa norma (pareja heterosexual) para acceder a los servicios de reproducción asistida. Apelando a una idea de consenso y unidad se elimina así el pluralismo democrático (MOUFFE, 2015) como presupuesto que pueda guiar la constitución de políticas públicas más democráticas.

Siguiendo las premisas de Mouffe (2015) una política radicalmente democrática no debería esforzarse por eliminar el antagonismo, expresado, por ejemplo, en la acogida de las “minorías sociales” dentro de los marcos políticos que un Estado dispone para distribuir derechos. Al presuponer la conflictividad como elemento indisoluble de la política y del propio orden social en el que esta interviene, Mouffe señala que es preciso coexistir con la alteridad antagonista sin optar necesariamente por el consenso y la integración. Obviamente esto nos desafía a pensar cómo construir políticas públicas a partir de estos presupuestos.

¿Cómo contribuyen estas premisas mouffeanas a que, políticas públicas como las que se analizan en esta tesis, se inscriban en un marco más democrático? Las consecuencias prácticas de las tesis anteriormente planteadas implican:

1) Repensar el propio modo como este tipo de políticas públicas suele ser implementadas. Cabría pensar que, antes de ser institucionalizadas por el Ministerio de Salud Pública (como describí en el capítulo anterior), se creasen espacios en los que fuera posible “mobilizar aquelas paixões em direção à promoção do desígnio democrático” (MOUFFE, 2003, p.16). Eso significa que, como parte de los procesos de implementación y evaluación de las políticas públicas de salud, sería relevante, la institucionalización de espacios de disputa entre personas usuarias de los servicios de salud, gestoras/es políticas/os, investigadoras, activistas. Gestionar espacios que posibiliten la intersección de saberes, más que aspirar a un consenso definitivo, pues la política pública está lejos de ser una cosa dada de una vez y para siempre, precisando ser revista y repensada a la luz de sus impactos en la vida de las personas y de los saberes que continuamente se van produciendo.

2) Desestabilizar la lógica hegemónica que estable que el Estado es el lugar de enunciación y las personas usuarias meras receptoras de servicios que son pensados para ellas, *pero no con ellas*. Aun cuando el Estado se constituya como una instancia que involucra a actores sociales distintos a los de la sociedad civil, y aún más en el caso de Cuba en donde el Estado tiene una centralidad en la institucionalización de las agendas políticas, es importante considerar la inestabilidad de esas fronteras, y el modo en que ellas producen efectos políticos materiales.

3) Parte de este debate pasa también por reflexionar acerca de los términos por medio de los cuales se define al sujeto de las políticas públicas, especialmente cuando estas últimas se posicionan a favor de la igualdad e inclusión. Los lentes para establecer una lectura en torno al sujeto de la política pública no deberían ser los regímenes normativos de género. Inclusive, pensar sobre aquellas “minorías” que históricamente han sido definidas por los discursos hegemónicos, nos ayuda a estar atentas al impacto colonizador que puede alcanzar a ciertas definiciones. Es importante considerar las interlocuciones entre políticas públicas y las epistemologías a las que se acude para concebir a estas últimas, reiterando que estas no se reducen a meras cuestiones técnicas. Como afirma Thiago Coacci (2018a) al producir conocimiento legitimamos formas de habitar el mundo, de ahí la necesidad de observar críticamente las dinámicas de poder que envuelven a la producción de conocimientos y la concepción de políticas públicas.

4) Por último, y apelando una vez más a Mouffe (2003), habría que considerar también el carácter agonístico que es constitutivo de la ciudadanía. Conforme apunta la autora una

democracia plural crea oportunidades e instituciones para que el disenso pueda manifestarse. Desde un punto de vista práctico, y a la luz de este argumento, entiendo que en el caso de la política de salud trans-específica, el hecho de que el CENESEX sea la institución nacional que acoge de manera exclusiva a personas trans para realizar el proceso transexualizador, contribuye a reforzar un imaginario según el cual personas trans solo podrían circular en esa institución de salud y no en los restantes servicios de salud existentes a nivel provincial y nacional. No se trata de proponer la desaparición del CENESEX, mucho menos de todo el trabajo significativo que allí se realiza. Destaco, sobre todo, la necesidad de tensionar las fronteras que limitan las posibilidades de existencia de las personas trans en todas las instituciones de la sociedad cubana.

Estos planteamientos están alineados con una perspectiva feminista como modo de abordar las políticas públicas. Un abordaje feminista constituye un tipo de intervención crítica que, al operar en el campo de las políticas públicas de salud, posibilita la constitución de la ciudadanía en términos democráticos. Conuerdo con Judith Butler (2016) cuando, al referirse al feminismo afirma que:

essa intervenção crítica em si não transforma o mundo, mas eu não tenho certeza de que o mundo pode se transformar sem ela. [...] É que a abertura de categorias que estiveram assentadas por tempo demais potencialmente torna a vida mais vivível. Minha aposta, hoje, é de que algumas destas definições que são tomadas frequentemente demais como dadas, dentro do campo político, efetivamente tornam a vida menos vivível [...] A tarefa do feminismo é seguramente a de fazer com que respirar seja mais fácil, com que andar pelas ruas seja mais fácil, com que encontrar uma vida vivível seja mais fácil (BUTLER, 2016, p.23, 24).

Es precisamente encarando esta investigación como un ejercicio feminista para contribuir a tornar la vida más vivible, que reflexiono críticamente acerca del modo en que la salud trans-específica y la salud reproductiva, en tanto políticas públicas, pueden inspirarse en presupuestos feministas, tensionando los saberes/poderes que, habiéndolas concebido desde perspectivas hegemónicas, cooptan la autonomía de diversos sujetos, reforzando formas de dominación de los mismos. Por tal razón, la siguiente sección dialoga con contribuciones feministas negras que aportan instrumentos analíticos para expandir la concepción de las políticas públicas como un proyecto emancipador.

2.1: UNA PERSPECTIVA FEMINISTA NEGRA: IMAGINANDO POLÍTICAS PÚBLICAS INTERSECCIONALES.

“Abordo o pensamento feminista negro como parte de um contexto de dominação, não como um sistema de ideias desligado da realidade económica e política [...]

como uma perspectiva parcial sobre a dominação” (COLLINS, 2019, p.429)

En la sección anterior expuse los argumentos que me llevan a considerar a las políticas públicas de salud como un proyecto feminista, y el modo en que tal inscripción feminista puede expandir el potencial emancipador de dichas políticas públicas, promoviendo una ciudadanía democrática en el ámbito de los cuidados en salud. Dando continuidad a esas reflexiones, en este capítulo presento la propuesta analítica central de esta investigación, consistente en una perspectiva feminista negra que adopta al paradigma de la interseccionalidad como herramienta para analizar e imaginar políticas públicas interseccionales que constituyen objeto de esta tesis.

Tomo en consideración la trayectoria de investigaciones que se sitúan en este ámbito y que han demostrado que la interseccionalidad desafía el *status quo* de las políticas públicas y las convoca a rechazar los enfoques unitarios para abordar las problemáticas que se proponen resolver, atendiendo a la complejidad de las mismas, de los sujetos y de los contextos sociales (BUSTELOS, 2009; PLATERO, 2012; COLLINS; BILGE, 2016; TOPA; NOGUEIRA; NEVES, 2018).

Vale resaltar que no es intención de este capítulo recrear la historia del feminismo negro, tarea que ha sido cubierta de modo satisfactorio en trabajos precedentes (TRUTH *et al.*, 2012; VELAZCO, 2019). Lo que pretendo es mostrar cómo una perspectiva interseccional puede ser usada como una heurística, una herramienta que posibilita un análisis del sistema de salud, sus dinámicas, mecanismos de funcionamiento y la manera en que tales cuestiones permiten detectar opresiones y privilegios interseccionales en el contexto de la salud pública.

Destaco que en el caso del presente estudio me adhiero al análisis interseccional que toma como foco a las dinámicas de poder actuantes en determinados contextos sociales produciendo privilegios y opresiones interseccionales. En dicho análisis resulta central el concepto de matrices de dominación propuesto por Patricia Hill Collins (2019), justamente porque dicho concepto permite captar el modo en que desigualdades, exclusiones y vulnerabilidades interseccionales son derivadas de los modos en que se organiza el poder en diferentes sociedades (CRENSHAW, 2002; COLLINS, 2019).

Por tanto, este enfoque no se centra en el estudio de identidades y el modo en que ellas están conformadas por marcadores múltiples, como una de las variantes posibles dentro de las investigaciones que adoptan la interseccionalidad como paradigma investigativo (NOGUEIRA, 2017). El énfasis en este caso consiste en identificar las matrices de dominación actuantes en un contexto social y sus efectos en términos de producir

privilegios/opresiones interseccionales. En la presente tesis se asume como al Ministerio de Salud pública cubano como el contexto social donde se procura identificar la configuración de tal matriz de dominación. A partir de la identificación y caracterización de los diferentes dominios que conforman esta matriz, busco entender el modo en que la misma insta condiciones de precarización y vulnerabilidades interseccionales para las personas usuarias de las políticas públicas de salud.

Un saldo derivado de este tipo de análisis es que, al examinar las dinámicas de poder de forma localizada, es posible captar la complejidad, diversidad y singularidad de las demandas de salud de las usuarias, las que ni siempre son contempladas en los discursos universalistas y esencialistas con que las políticas públicas suelen operar (BUSTELOS, 2009; PLATERO, 2012; NOGUEIRA, 2017).

Por otro lado, también apuesto en la validez de la interseccionalidad como “a political concept grounded in an emancipatory politics with social justice-based outcomes as the goal. Intersectionality is understood as rooted in efforts to change societal conditions that create and maintain oppressive power hierarchies” (SMOOTH, 2013, p.24). Por tal razón concluyo este capítulo con unas notas reflexivas acerca de lo que entiendo como políticas públicas interseccionales (BUSTELOS, 2009; NOGUEIRA, 2017). Esta propuesta resulta de utilidad para inspirar procesos de co-producción de las políticas públicas a partir de las indicaciones derivadas tanto de las investigaciones precedentes, así como de los conceptos teóricos que me auxilian en la construcción de esta propuesta analítica, tales como: matrices de dominación (COLLINS, 2019) interseccionalidad (CRENSHAW, 2002), privilegios/opresiones interseccionales (NOGUEIRA, 2017; COLLINS, 2019); vulnerabilidades interseccionales (CRENSHAW, 2002), políticas públicas interseccionales (BUSTELOS, 2009; PLATERO, 2012; NOGUEIRA, 2017)

2.1.1 Epistemología feminista negra: un marco para impulsar proyectos emancipatorios.

El haber optado por una epistemología feminista negra como un fundamento central de esta tesis se justifica a partir del recorte temático del objeto de pesquisa. Teniendo en cuenta que mi foco investigativo lo constituyen las opresiones/privilegios interseccionales que están presentes en las políticas públicas referidas a la salud transespecífica y la reproducción asistida, me remito principalmente a las reflexiones producidas en el seno del feminismo negro estadounidense (CRENSHAW, 2002; DAVIS, 2016; COLLINS, 2019), pues es dentro

de estos debates que tales asuntos han sido inicialmente desarrollados, extendiéndose a otros campos.

Tomo como punto de partida la localización de un feminismo negro estadounidense, representado en las teorizaciones y prácticas políticas de intelectuales y activistas como bell hooks (1995), Kimberle Crenshaw (2002), Ángela Davis (2016), Patricia Hill Collins (2017, 2019), entre otras. Al mismo tiempo, reconozco la pluralidad de los debates feministas negros desarrollados en diferentes partes del globo y que hacen de tales debates un campo plural. Como destacan Collins y Bilge (2016), la interseccionalidad como herramienta analítica no se limita a las naciones de América del Norte y Europa, así como tampoco es un fenómeno nuevo. De acuerdo con las autoras existen experiencias en el Sur Global que muestran el uso de la interseccionalidad como herramienta analítica, aunque en tales prácticas no se haya enunciado este concepto. Un ejemplo se localiza en la India colonial del siglo XIX en el trabajo de Savitribai Phule (1831-1897) (COLLINS, 2019), considerada como una importante feminista.

Una de las preguntas que me fue formulada de forma insistente durante el proceso de producción de esta tesis fue: *¿por qué feminismo negro para pensar políticas públicas de salud si no estás tratando cuestiones de raza?* Creo que muchas veces cuando una investigadora negra como yo, anuncia que su marco de investigación es el feminismo negro, casi hay una asociación directa que presume que las cuestiones raciales serán el foco del análisis. Considero que es una manera de circunscribir tanto el propio pensamiento feminista negro, como las posibilidades de enunciación de personas negras que trabajan con esta perspectiva. Sostengo que estas cuestiones que se perciben como disociadas -un feminismo negro del Norte versus una investigadora negra del Sur global-, están íntimamente relacionadas. Al mismo tiempo me inclino a pensar que los indicios de esas conexiones pueden ser advertidos con un breve recorrido por dos líneas argumentativas: el alcance del pensamiento feminista negro, así como la genealogía de la epistemología feminista negra.

Comenzando con el alcance del pensamiento feminista negro, me parece que este puede ser visto en dos sentidos: las realidades que pueden ser pensadas o comprendidas a partir de esta perspectiva y las posibilidades de establecer puentes y coligaciones con otras geopolíticas. En el prólogo a la edición brasileña de la obra “Pensamiento feminista negro”, la socióloga y feminista negra Patricia Hill Collins comenta “quando escrevi Pensamento feminista negro, nunca imaginei que suas ideias fossem chegar tão longe” (COLLINS, 2019, p.11). Esa capacidad de traspasar las fronteras de los Estados Unidos, puede sustentarse, a mi

juicio, en su condición de teoría social crítica, lo que potencializa sus contribuciones teóricas y políticas para abordar situaciones que envuelvan la justicia social a nivel global.

Continúa explicando la autora

Em um contexto transnacional pós-colonial, mulheres de Estados-nação recentes e muitas vezes governados por negros no caribe [...] tem lidado com novos significados ligados à etnia, à cidadania [...] a identidade do **pensamento feminista negro como teoria social crítica reside em seu compromisso com a justiça**, tanto para as estadunidenses negras como coletividade como para outros grupos oprimidos (COLLINS, 2019, p.43, *destaques míos*).

El alcance del pensamiento feminista negro radica precisamente en su capacidad de auxiliarnos para pensar de forma crítica un proyecto de justicia social, y el modo en que ese proyecto posibilita la constitución de una ciudadanía democrática (RIBEIRO, 2017; DAVIS, 2018). El análisis de opresiones/privilegios interseccionales que se desarrolla a la luz de una perspectiva feminista negra, permite vislumbrar qué humanidades serán (des)protegidas por los diversos proyectos políticos. A mi juicio, y como ilustran algunas de sus autoras más conocidas, estas propuestas analíticas no se restringen ni al contexto estadounidense, ni a las mujeres negras, ni a los análisis que tienen en la raza su eje fundamental (DAVIS, 2018).

Si tenemos en cuenta que las políticas públicas están insertadas en ese escenario que envuelve las actuaciones de un Estado a favor de la justicia social, me parece más que pertinente examinar estas intervenciones estatales a la luz de un pensamiento feminista negro que interpela a los sistemas de dominación. ¿Por qué? Pues porque el hecho de que las políticas públicas se propongan lidiar con situaciones de injusticia social, ya las sitúa en este campo y al mismo tiempo no las torna inmunes a la posibilidad de mantener y reproducir situaciones de desigualdad social. Examinar las condiciones de acceso a los servicios de salud, el modo en que tales condiciones se materializan, las enunciaciones que las políticas construyen para decidir qué personas serán beneficiadas con sus acciones, todo ello supone examinar la proximidad de las políticas públicas con los propósitos de justicia social. Por ende, las políticas públicas hacen parte de los objetos de estudios susceptibles de ser analizados a la luz de una epistemología feminista negra.

Respecto al hecho de que las propuestas analíticas a examinar en este caso se sitúen en Cuba y por tanto estén fuera de las fronteras geográficas en donde suelen ubicarse los orígenes de este pensamiento feminista negro, caben algunas otras reflexiones. Considero que la propia genealogía del pensamiento feminista negro estadounidense, nos muestra el modo en que éste se constituye como un tipo de saber *hifenizado* (OLIVEIRA, 2010) que articula diferentes preocupaciones devenidas de latitudes diversas. Al constituirse justamente en un

contexto de diálogos multiculturales que conectaba preocupaciones y situaciones de opresión de mujeres de diversas partes del mundo, el feminismo negro no solo acoge a una diversidad de temáticas y de sujetos, sino crea potentes coaliciones analíticas para pensar regímenes de dominación y el modo en que ellos actúan de forma diferenciada para determinados sujetos. Así, al referirse a los orígenes del feminismo negro estadounidense Collins (2017) afirma:

es evidente que, en los Estados Unidos, las mujeres afroamericanas formaban parte de un movimiento de mujeres más amplio, en el que las mexicanas y otras latinas, las mujeres indígenas y asiáticas estaban a la vanguardia al afirmar la interrelación de raza, clase, género y sexualidad en su experiencia cotidiana (p. 8)

Desde esta perspectiva es posible pensar en la potencialidad del feminismo negro estadounidense para habitar otras geopolíticas, y al mismo tiempo ser afectado por ellas (SILVA, 2019). En esta misma línea de análisis, la filósofa Ángela Davis (2018) se ha referido al pensamiento feminista negro y en particular a la contribución de la interseccionalidad, como un instrumento político y teórico que crea solidaridades transnacionales, capaz de construir “potenciais circuitos de conexão entre movimientos de varias partes do mundo” (DAVIS, 2018, p. 121).

Davis toma como referencia los actos de protesta contra la violencia policial racista que tuvieron lugar en Ferguson con motivo del asesinato del joven Michael Brown²⁸. La ocupación de las calles y de las redes virtuales con la etiqueta “*Vidas negras importan*” trascendió las fronteras estadounidenses, alcanzando una elevada repercusión internacional. A partir de aquí Davis concluye que esas manifestaciones pusieron en evidencia el enorme potencial de creación de solidaridades transnacionales, cuestión que, según ella, también se ilustra en el caso del asilo político que Cuba concediera a Assata Shakur²⁹ desde 1980.

Es importante destacar que este potencial generador de conexiones transnacionales no se circunscribe a la movilización activista, sino que también contempla a la teoría feminista, particularmente a la teoría feminista negra. En tal sentido comenta Davis (2018)

Acho que o **feminismo fornece orientação metodológica** para todas as pessoas **comprometidas com a pesquisa e o trabalho de mobilização ativista** sérios. As abordagens feministas nos encorajam a desenvolver compreensões sobre as relações

²⁸ Fue un joven negro, asesinado a manos de un agente de policía en Ferguson, un suburbio de la ciudad de San Luis, Misouri, Estados Unidos. Información retirada de: <https://www.20minutos.com/noticia/15698/0/claves-caso-michael-brown/disturbios-raciales/ferguson/>

²⁹ Es una activista estadounidense del Partido Panteras Negras y veterana del Ejército Negro de Liberación (BLA). El 2 de mayo de 1973, Shakur fue detenida en la carretera del condado estatal de Nueva Jersey. Durante los dos años y medio posteriores Assata Shakur estuvo en la cárcel mientras se le enjuiciaba simultáneamente por seis causas distintas. En 1979 se escapó de la prisión de máxima seguridad de Hunterdon County y vivió como fugitiva hasta 1984, cuando se escapó a Cuba, donde le fue otorgado el asilo político. Informaciones retiradas de: https://es.wikipedia.org/wiki/Assata_Shakur

sociais, cujas conexões costumam ser inicialmente apenas intuídas [...] o maior desafio que temos diante de nós ao tentarmos criar solidariedade internacional e conexões que atravessam as fronteiras nacionais é a compreensão daquilo que as feministas chamam, em geral, de “**interseccionalidade**”. **Não tanto a interseccionalidade das identidades, mas a interseccionalidade das lutas** (pp. 128, 130, 131, *destaques míos*).

Es apelando a esta posibilidad de *hifenização* de saberes que me auxilio en premisas de la epistemología feminista negra para interpelar críticamente a las políticas públicas de salud en tanto instrumentos al servicio de la justicia social. Es en el encuentro entre esos saberes que, aun estando localizados geográficamente en el Norte Global, se posicionan como un Sur desde el punto de vista político, que es posible generar diálogos que cuestionan determinadas posiciones hegemónicas en diferentes contextos en los que tales posiciones se hagan presentes.

Es posible referir algunos ejemplos acerca de cómo el pensamiento feminista negro ha inspirado otras luchas dentro y fuera de las fronteras geográficas estadounidenses. Tal es el caso del trabajo Dean Spade (2015) acerca de políticas trans-críticas. El autor se basa en postulados del feminismo negro estadounidense, y en específico en la teoría de la interseccionalidad (CRENSHAW, 2002) produciéndose así una alianza importante entre feminismo negro y transfeminismo.

De acuerdo con Dean Spade (2015) los análisis acerca de los sistemas de dominación producidos en el seno del feminismo negro y de otras teorías críticas son fundamentales para concebir políticas trans-críticas. Este tipo de política que defiende el autor, parte de conceptualizar con mayor precisión las condiciones estructurales que precarizan la vida de las personas trans, y a partir de ahí propone una política más transformadora que aquella que se enfoca en la demanda de igualdad jurídica o reformas legislativas. No es que estas últimas no sean importantes, sino que no se colocan como prioridad. El objetivo es desafiar a los sistemas de dominación.

Esta *hifenização* de saberes feministas negros con otros saberes críticos, a fin de cuestionar las matrices de dominación social, también ha estado en la base del transfeminismo brasileño según reconoce Jaqueline Gomes de Jesus quien ha expresado:

O feminismo negro pariu o transfeminismo, foi um nascimento difícil, um processo longo [...] o transfeminismo tanto é filho do feminismo negro que partilha com esse – pelo menos com suas linhas mais críticas – o entendimento de que, se as pessoas negras formam “desgenerificadas” [...] também pessoas trans têm sido vítimas da desgenerificação, em nome do modelo branco, heterossexual e cisgênero (JESUS, 2014, p.104).

Partiendo de las provocaciones de Jesus es posible pensar en el contexto de esta investigación ¿a cuáles sujetos desgenerifican las políticas públicas que operan con determinadas representaciones hegemónicas de género? Un género que se entiende como pre-discursivo, binario y estable (VERGUEIRO, 2015) destituye a determinados sujetos del estatus del género inteligible, y como tal, obstruye las posibilidades de cuidados en salud para tales sujetos. ¿Cuál es el género de las políticas públicas de salud? ¿A cuáles sujetos desgenerifican las políticas públicas que, como la reproducción asistida, se sustentan en un modelo de familia burgués, eurocéntrico que el feminismo negro ha criticado?

Desde el punto de vista de Ochy Curiel (2014), intelectual y activista del movimiento de mujeres negras, lésbico-feminista, decolonial, latinoamericano y caribeño, el feminismo negro estadounidense, así como otras vertientes feministas desarrolladas en Occidente, han ofrecido importantes análisis acerca del racismo, y la heterosexualidad como regímenes políticos. Todas estas cuestiones resultan cruciales para tratar las realidades de mujeres de América Latina y el del Caribe en las que dichos regímenes han sido impuestos como parte de los procesos de colonización.

Por otra parte, en el caso de Cuba, el feminismo negro tiene una trayectoria en la que se advierten diálogos y conexiones con las feministas afro estadounidenses, si bien este aún no alcanza el estatus de un saber sistematizado, cuestión que ha sido reconocida por investigadoras del país. Alina Herrera Fuentes (2019) abogada y feminista negra cubana, esboza algunos argumentos que justifican la eficacia de un feminismo negro cubano para establecer un diálogo con el Estado. Entre otras cuestiones, justifica su necesidad en función de quebrar este sistemático silenciamiento al respecto de las cuestiones raciales, típicas de una sociedad ex - colonia en la que la aún están presentes rastros de una ideología occidental y eurocéntrica, cuestión extensiva a varios países latinoamericanos. Esta tesis, por tanto, también se coloca como parte de ese esfuerzo de crear un diálogo con el Estado cubano y continuar consolidando un pensamiento feminista negro con características nacionales.

Justamente, una de las inspiraciones analíticas que aporta el feminismo negro es su reflexión acerca de quién cuenta como humano, y los criterios que sustentan el reconocimiento de humanidad. Baste recordar el histórico discurso - *¿Acaso yo no soy una mujer?* que profiriera Sojourner Truth ([1851] 2014), en la Convención de Derechos de las Mujeres de Ohio. Considerada pionera del feminismo negro, una de las lecciones que podemos extraer de este discurso es que, de poco vale reivindicar derechos humanos (retórica central de las políticas públicas), si no cuestionamos la propia noción de humano que subyace

a tales reivindicaciones, cuestión que viene a ser facilitada por la perspectiva interseccional (CRENSHAW, 2002) que quedaba anunciada en la alocución de Truth.

El trabajo analítico deconstructivo iniciado por Sojourner Truth, ampliado y profundizado por bell hooks (2019) y otras intelectuales y activistas negras, aporta importantes premisas para el quehacer político. Cuando digo hacer política, estoy entendiendo tal cuestión en un sentido amplio, como lo coloca Chantal Mouffe (2015) en su obra *Sobre o político*. Hacer política es válido tanto para pensar las luchas feministas y sus reivindicaciones, así como también las políticas públicas en tanto integrantes de esta esfera de lo político, ya sea que estas políticas públicas estén inspiradas en planteamientos feministas o no. En palabras de Angelia Wilson (2013) “por política entendemos desde los significados cotidianos de justicia; las llamadas políticas formales de los movimientos sociales [...] políticas e instituciones gubernamentales [...] en una perspectiva amplia acerca de cómo estas cuestiones son abordadas en diferentes partes del mundo (p. iii).

Políticas públicas se refieren a una dimensión de la esfera pública que, al ser pensada al amparo de una epistemología feminista y negra, cuestionan que sean los sistemas de dominación (de género, raza, clase, entre otros) los que regulen la vida de las personas y condicionen el acceso a la ciudadanía. Seguidamente, y a modo de síntesis, destaco las premisas del pensamiento feminista negro que estimo relevantes para esta investigación, a saber:

- El feminismo negro socava la idea del carácter unitario u homogéneo del sujeto mujer en tanto un lugar de reivindicación política. Esta premisa que tempranamente formula Truth cuando cuestiona ¿acaso yo no soy una mujer?, podemos extenderla a múltiples sujetos para pensar quién es el sujeto de la política pública, y cuáles son los efectos de las enunciaciones discursivas que lo construyen. Esta pregunta inspira otras tales como ¿qué efectos de subordinación se producen cuando, en determinadas políticas públicas, se invocan categorías presuponiendo la unidad y homogeneidad de estas y, por ende, presuponiendo la unidad del sujeto que se enuncia como destinatario de una política pública? Cualquier pretensión de constituir una política movilizandando categorías estables y homogéneas (la mujer, la pareja infértil, la familia, el transexual, en el caso de esta tesis), tendrá efectos excluyentes. Una perspectiva analítica inspirada por el pensamiento feminista negro necesariamente se interrogará por quién es el sujeto inteligible para las políticas públicas y de qué modo sus diversas posiciones sociales están siendo consideradas en tal enunciación.

- Al mismo tiempo, la anterior premisa es de suma importancia a la hora de concebir políticas públicas que desplieguen sus máximas posibilidades democráticas (MOUFFE,

2015). Es preciso interpelar a los sistemas de poder que, actuando de forma conjunta, producen desigualdades sociales. Tales sistemas de poder pueden ser la blanquitud, el regionalismo, cis-sexismo entre otros. No solo se trata de pensar: ¿a título de quién se van a colocar las políticas públicas?, sino de advertir cómo diferentes condiciones estructurales propician situaciones de discriminación diferenciada. Esta premisa cuestiona directamente el universalismo de las políticas públicas y su promesa de igualdad.

- Por otra parte, al reconocer que, en última instancia, el sujeto es un enmarañado de posiciones sociales, las políticas públicas son desafiadas a lidiar con la complejidad de los sujetos y de los contextos, atendiendo a las relaciones de género, así como a otras relaciones de poder económico y político que son transversales (PLATERO, 2012). Esta es precisamente la propuesta y contribución de las políticas interseccionales (BUSTELOS, 2009; NOGUEIRA, 2017). Cualquier acción política que pretenda luchar contra situaciones de discriminación o crear un contexto de justicia social e igualdad, ha de considerar estas tesis.

A modo de síntesis suscribo el argumento que Patricia Hill Collins (2019) expone en su obra respecto a que pensar el feminismo negro apenas restringido a mujeres negras equivale a limitar su potencial analítico. En todo caso, como asegura la autora, lo que está en juego cuando adherimos a una epistemología feminista negra es la interpelación a los sistemas de dominación. Es dentro de esta perspectiva de cuestionamiento de los sistemas de dominación que se hacen presentes en el sector de la salud pública cubana que me adhiero a esta epistemología feminista negra.

2.1.2 La perspectiva de la interseccionalidad: contribuciones para el análisis de las políticas públicas de salud.

De acuerdo con Patricia Collins (2017) “campos orientados às políticas públicas têm mostrado uma afinidade especial com a interseccionalidade [...] “a política pública encontra utilidade nas análises interseccionais para entender como os locais interseccionais influenciam escolhas de vidas” (p.13). Precisamente tanto la reproducción asistida como la salud transespecífica son políticas públicas que trabajan con lo que Collins designa como elecciones de vida, implicando procesos de autodeterminación de las personas. Por ende, la interseccionalidad como lente analítico de las políticas públicas, supone pensar cómo responder a ese desafío de la autodeterminación teniendo en cuenta que ésta está moldada por complejas relaciones sociales de dominación.

Mi elección de la interseccionalidad como herramienta analítica de las políticas públicas se adscribe a las posturas que operan con esta perspectiva para el análisis de las instituciones políticas y/o estatales. En mi caso sitúo al Ministerio de Salud Pública como el espacio institucional en el que este análisis se va a centrar. Smooth (2013), al referirse al uso de la interseccionalidad en el ámbito institucional, ha subrayado que los esfuerzos por comprender las manifestaciones del poder a través de las instituciones públicas, permiten vislumbrar el efecto de las dinámicas de poder en la producción de sentidos acerca de las personas usuarias de estas instituciones y al espectro de derechos que les serán posibilitados.

Teniendo en cuenta que las políticas públicas de salud constituyen instrumentos para promover la justicia social y la ciudadanía, considero conveniente puntualizar la pertinencia de la teoría de la interseccionalidad, para examinar críticamente los límites y posibilidades de las políticas públicas a propósito de estas marcas distintivas de las mismas. Al adoptar la interseccionalidad como una heurística (COLLINS; BILGE, 2016) para operar en el campo de las políticas públicas, es posible analizar a partir de qué ejes de desigualdad las políticas públicas trabajan, si estos ejes son considerados en su co-constitución con otras formas de desigualdad que moldean la vida de las personas usuarias, todo lo cual remite a las dinámicas de poder y privilegios asociadas a las políticas públicas (CRENSHAW, 2002; BUSTELOS, 2009; PLATERO, 2012; SMOOTH, 2013; ROIG, 2018).

Un análisis interseccional se preocupa por el “modo en que determinadas acciones y políticas específicas generan opresiones que fluyen a través de determinados ejes de dominación” (CRENSHAW, 2002, p.177). A partir de aquí es posible detectar y problematizar los propios patrones discriminatorios que las políticas públicas despliegan. Si a nivel de las políticas públicas solo se trabaja con la punta del iceberg (resolver una situación de desigualdad social) sin contemplar las matrices de dominación (COLLINS, 2019) que moldean, dan forma a las opresiones/privilegios interseccionales, las aspiraciones de las políticas de redistribuir derechos y oportunidades de forma democrática, terminarán siendo socavadas por los propios regímenes de dominación que reifican posiciones de sujeto históricamente marginalizadas (BUSTELOS, 2009; COLLINS; BILGE, 2016).

Un ejemplo de esto puede constatarse en el estudio desarrollado por Collins (2019) acerca de las políticas públicas de asistencia social destinadas a mujeres afro estadounidenses. Collins ilustra el modo en que estas políticas no han transformado las retóricas racistas y sexistas que sitúan a estas mujeres como las “reinas de la asistencia social” y dependientes del

Estado³⁰. Tales imágenes de control, como las designa Collins (2019), muestran que ni siempre las leyes alteran las posiciones de sujeto y que las retóricas a las que muchas de estas legislaciones apelan, terminan por reforzar un conjunto de discriminaciones.

En no pocas ocasiones cuando se declara que la interseccionalidad es el marco de análisis de políticas públicas, se establecen asociaciones que implican una comprensión equivocada y restringida de la articulación de estas cuestiones. A modo de ejemplo, rememoro uno de los principales cuestionamientos que ha suscitado mi adscripción a esta perspectiva en el presente estudio. Me han preguntado ¿tú estás investigando propiamente cuestiones raciales en la política de reproducción asistida o en la referida a la salud transespecífica?

La anterior pregunta presupone que mi foco estaría en si personas negras están impedidas de acceder a estas políticas o si se ven afectadas por el modo en que las mismas están concebidas. Pienso que esta pregunta se concentra en una dimensión bien restringida de la discriminación, así como simplifica la idea de raza y el potencial de la interseccionalidad para entender procesos de discriminación. Considero que las políticas públicas no son neutras a cuestiones de raza, teniendo en cuenta que esta última es un principio estructurante de las relaciones sociales como explica Silvio Almeida (2018).

Por otro lado, siempre que se usa la interseccionalidad como una heurística, las cuestiones de raza están siendo consideradas, solo que no apenas en una dimensión interpersonal (o sea, cómo personas negras son tratadas en determinados servicios de salud), sino además en una dimensión histórica y estructural (ROIG, 2018; COLLINS; BILGE, 2016; COLLINS, 2019). Estas otras dimensiones en las que opera la idea de raza, me han permitido identificar, por ejemplo, que una episteme colonial moderna (GROSFUGUEL, 2013) y por ende pautada en una idea de raza, permea la producción de saber en el contexto de los servicios de salud, define qué instituciones y profesionales son autorizados a certificar determinadas condiciones de salud que afectan directamente a las personas usuarias de estos servicios, entre otros asuntos. De la misma manera es posible constatar cómo una idea de raza orienta el perfil de los usuarios que son imaginados en las políticas públicas.

³⁰ Para una comprensión más exhaustiva del debate de Collins sobre este asunto, sugiero ver, de la obra referida, el Capítulo 4, titulado "*Mammies, matriarcas e outras imagens de controle*". Entre otras cuestiones Collins discute cómo las mujeres negras que adhieren a estas políticas de asistencia social, son retratadas en los medios de comunicación como madres solteras, perezosas, oportunistas y dependientes del Estado. Tal caracterización de las mujeres negras estaría confrontando una ideología blanca y heterocentrada según la cual la seguridad financiera debería procurarse en un casamiento heterosexual. A su vez, este retrato de las mujeres negras estaría cuestionando que el estado civil de solteras apuntaría al carácter desviante de algunas familias negras. Estas reflexiones de Collins me llevan a pensar en cómo muchas veces las políticas públicas se sirven de estas mismas retóricas, de ahí que su pretensión de mudar un orden social y revertir situaciones de discriminación se ven obstruidas por estos argumentos que son reflejo de varios sistemas de dominación actuando de forma conjunta.

Estudiar las manifestaciones del poder institucional bajo el lente de la interseccionalidad permite revelar las intenciones legitimadoras y excluyentes con que se formulan determinadas políticas públicas. Como afirma Smooth (2013) “los aparatos legales articulados a través de políticas, convenciones, resoluciones e instituciones dan significado a los sujetos individuales al extender, y en otros casos restringir, derechos” (p.14). En esta misma línea Penny Miles (2013) en artículo titulado “ID Cards Access: negotiating transgender (and intersex) bodies into the Chilean Legal System” recurre a la interseccionalidad como un marco para identificar las prácticas administrativas del Estado que, con base en los procesos de identificación legal, están orientadas a preservar un orden binario de género, que afecta la vida de la comunidad trans en Chile, especialmente las interacciones cotidianas que involucran a estos procesos de identidad legal.

Algunas de las autoras que trabajan en esta línea, precisan que “such a focus on structures and institutions does the political work of troubling essentialized notions of identity and interrogates the idea of naturalized categories with distinct boundaries by understanding identity as evolving as institutions (i.e., laws, policies, and conventions) shift and change” (SMOOTH, 2013, p.14). Por su parte Lucas Platero (2012) ha concluido que un análisis interseccional de políticas públicas contribuye a la generación de una agenda crítica. Tal agenda supone un giro político, pues en lugar de considerar que determinadas cuestiones son exclusivas de minorías de género, y como tal tratadas por políticas públicas específicas, de lo que se trata es de desestabilizar las normas sociales que producen esos lugares de diferenciación.

Si nos remitimos a la genealogía de la interseccionalidad, es posible reconocer que este potencial analítico ya estaba presente en las circunstancias que movilizaron su uso por parte de la jurista e intelectual estadounidense Kimberle Crenshaw. Como la propia autora ha afirmado “intersectionality was from its inception articulated to capture law’s refusal to see compound discrimination; offered as a word picture to make plain what the law didn’t see” (CRENSHAW, 2019, s/r). Es por ello que la interseccionalidad no solo permite desentrañar los efectos de determinadas leyes, es decir, a quién ellas acogen y a quién no, qué modelos ellas refuerzan, sino también las zonas de invisibilidad que dichas leyes se rehúsan a contemplar.

Si bien se le atribuye a la teórica crítica de raza Kimberle Crenshaw el haber acuñado el término interseccionalidad en sus trabajos sobre las experiencias de las mujeres negras con la discriminación laboral y la violencia doméstica, existe un amplio reconocimiento de que los fundamentos de la interseccionalidad surgieron mucho antes en los trabajos pioneros de

activistas e intelectuales negras como Sojourner Truth y las que estaban asociadas al *Combahee River Collective* (1977).

Para guiar este trabajo analítico, la perspectiva interseccional trabaja con cuestiones claves como desigualdad, poder, co-constitución de las opresiones, justicia social, entre otros (COLLINS; BILGE 2016). Es decir, la interseccionalidad ofrece un lenguaje específico y un conjunto de principios por medio de los cuales es posible desarrollar estos análisis (WILSON, 2013). Las teorizaciones acerca de la interseccionalidad de opresiones fueron difundidas con el trabajo de la jurista e intelectual negra Kimberlé Crenshaw (2002). Como parte de sus reflexiones, la autora señala que

la interseccionalidad es una conceptualización del asunto que procura dar cuenta de las consecuencias estructurales y dinámicas derivadas de la interacción entre dos o más ejes de subordinación [...] La interseccionalidad se refiere al modo en que determinadas acciones y políticas específicas generan opresiones que fluyen a través de tales ejes de dominación, constituyendo aspectos dinámicos o activos del desempoderamiento (CRENSHAW, 2002, p.177).

Para comenzar, la perspectiva interseccional introduce un cuestionamiento ¿qué es lo que ocurre desde el punto de vista estructural – de la organización social – cuando dos o más ejes de subordinación interactúan? Esta cuestión remite a las condiciones estructurales que, combinadas de formas complejas y diversas, producen jerarquías, exclusiones y por ende crean situaciones de injusticia social, especialmente para aquellas personas que no se encuadran dentro de estatutos normativos.

Al formular este tipo de preguntas, la interseccionalidad permite mapear las discriminaciones y privilegios no solo a nivel de la experiencia individual, sino a partir de los sistemas de dominación que las generan, como es el caso de las instituciones públicas. Consecuentemente, “utilizar la interseccionalidad como herramienta analítica [...] arroja luz sobre la organización del poder. La interseccionalidad como herramienta analítica examina cómo las relaciones de poder se entrelazan y se construyen mutuamente” (COLLINS; BILGE, 2016, p.7).

Una de las preguntas que movilizó las reflexiones de Crenshaw fue la siguiente: ¿cómo se garantiza que todas las mujeres, y no solo aquellas cuyas experiencias están representadas por el patrón universal de ciudadanía, se beneficien de las acciones y políticas que buscan asegurar derechos humanos? En palabras de Kimberle Crenshaw, para que tales políticas consigan responder suficientemente a este desafío es necesario “que se les preste atención a las variadas formas en que el género se intersecta con toda una gama de otras identidades y al modo a través del cual esas intersecciones contribuyen a la vulnerabilidad

particular de diferentes grupos de mujeres” (CRENSHAW, 2002, p.174). A partir de aquí puede concluirse que la teorización acerca de la interseccionalidad ayuda a entender la producción diferenciada de vulnerabilidad que alcanza a determinados sujetos.

Siendo una apuesta de la interseccionalidad captar la vulnerabilidad diferenciada, la diversidad intragrupo, cabe dilucidar a través de qué instrumentos conceptuales es posible desarrollar estos propósitos analíticos. Es así que Crenshaw enuncia algunas nociones importantes que auxilian en ese análisis: subordinación interseccional, sub-inclusión y super-inclusión.

La subordinación interseccional se refiere a formas de invisibilización de grupos marginalizados. Se trata de un efecto derivado del uso de categorías totalizadoras para dar cuenta de problemáticas de determinados grupos. El modo en que dichas categorías son usadas produce este efecto de invisibilidad, lo que exige considerar las diferencias que existen al interior de determinados grupos de sujetos, y la necesidad de no englobar sus experiencias en conceptos homogeneizadores, por los efectos excluyentes que tales homogenizaciones pueden suponer.

Crenshaw ilustra este asunto basándose en ciertos usos de la categoría “mujeres” para referirse a problemáticas sociales que las afectan de forma particular. Tales apelos al género como base explicativa de estas problemáticas, dejan de considerar el papel que juegan otros marcadores sociales (como la raza), en la estructuración diferenciada de las circunstancias de vida de las mujeres. La invisibilidad o subordinación interseccional asociada a este uso de categorías totalizadoras, la autora lo designa como super-inclusión, destacando que se trata de una operación discursiva en la que

os aspectos que tornam um problema interseccional são absorvidos pela estrutura de gênero, sem qualquer tentativa de reconhecer o papel que o racismo ou alguma outra forma de discriminação possa ter exercido em tal circunstância. O problema dessa abordagem superinclusiva é que a gama total de problemas, simultaneamente produtos da subordinação de raça e de gênero, escapa de análises efetivas. Por consequência, os esforços no sentido de remediar a condição ou abuso em questão tendem a ser tão anêmicos quanto é a compreensão na qual se apoia a intervenção (CRENSHAW, 2002, pp.174-175).

La super-inclusión se da forma paralela a otra forma de invisibilidad interseccional que Crenshaw define como sub-inclusión. Esta última se refiere a los análisis de género en los que “un subconjunto de mujeres subordinadas enfrenta un problema, en parte por ser mujeres, sin embargo, tal problema no es percibido como un problema de género, toda vez que no forma parte de las experiencias de las mujeres de los grupos dominantes” (CRENSHAW, 2002, p.175).

Este tipo de subordinación interseccional y sus efectos en términos de invisibilidad pueden ser ilustrados en el contexto de la presente investigación, a través del análisis esbozado en el relato de una de las informantes, la cual expone:

[...] nuestro país adquiere prótesis también porque eso forma parte de un servicio de salud para las mujeres con cáncer de mamas, pero el país no percibió aún que aquí tiene una población trans que necesita un “x” servicio de salud, [...], no somos parte de los grupos priorizados en salud. No sienten lo que nosotras sentimos, entonces esa ahí no es su batalla, no es su guerra (ANA, entrevista, enero de 2018).

Así, los servicios de salud que proporcionan implantes mamarios pueden ser comprendidos como parte de este abordaje sub-inclusivo que tiene como efectos la invisibilidad de problemáticas de un grupo específico de mujeres, a saber, mujeres trans, cuyas experiencias no son captadas por las definiciones normativas de género que incluyen apenas a mujeres cis y, en este caso, con diagnóstico de cáncer. Al presentar la propuesta analítica de mi interlocutora, no me propongo jerarquizar los sufrimientos de mujeres trans versus mujeres cis afectadas por el cáncer de mamas, asumiendo que uno sea más importante que el otro.

En todo caso, lo que aquí está en cuestión es el asunto de la cisnormatividad (VERGUEIRO, 2015) como régimen en base al cual se legitiman derechos de acceso a servicios de salud, y se definen qué cuerpos y demandas son más inteligibles para dichos servicios. La frase de la informante - “el país no percibió aún” - apunta a la ininteligibilidad de ciertas demandas de cara a los paradigmas con que operan los servicios de salud. Mujeres trans en Cuba acceden a estos implantes mamarios únicamente a través del proceso transexualizador regulado por la Resolución 126 del 2008 (MINSAP, 2008; CASTRO, 2014, 2017). Sin embargo, la reconstrucción de senos o testículos por motivos de cáncer, no tiene otra finalidad que no sea “reafirmar el género social de los pacientes que no son trans” (SPADE, 2015, p.156), por tanto, puede notarse como las políticas públicas de salud operan con regulaciones hegemónicas de género para concebir los cuidados.

No estoy discutiendo la necesidad de servicios especializados que se requieren para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mamas de mujeres que así lo precisen. La cuestión que me parece importante de ser observada es que estos servicios podrían tener espacios para ofrecer información a mujeres trans acerca del implante de mamas, así como dar seguimiento a aquellas que hayan optado por el uso de los mismos, considerando obviamente que las/os profesionales de estos servicios tengan la formación necesaria para desarrollar estos cuidados. No obstante, siendo un servicio cis-centrado, obstruye de antemano cualquiera de estas posibilidades de cuidados transespecíficos en salud.

Esto mismo pudiera extenderse a otros servicios de salud e intervenciones médicas que usualmente son disponibilizadas para personas cis, pero negadas para personas trans. Como ejemplifica Dean Spade (2015) tal es el caso de la prescripción de testosterona y estrógenos para el hipogonadismo, la menopausia y la pubertad tardía. Igualmente, la cirugía de tórax que se realiza en el caso de la ginecomastia en hombres cis, no es igualmente facilitada para hombres trans. Estos y otros ejemplos evidencian las restricciones sistemáticamente impuestas por el sistema de salud a las existencias trans, a partir de que se opera con regulaciones hegemónicas de género (LASIO, OLIVEIRA, SERRI, 2020).

En todo caso, los servicios de salud son instancias políticas para gestionar las vidas, ya sea que se trate de una situación de salud como el cáncer o de modificaciones corporales que impliquen vidas más vivibles (BUTLER, 2007), como sería el caso de algunas de las transformaciones corporales que demandan personas trans, que pueden abarcar desde intervenciones quirúrgicas sobre gónadas y caracteres sexuales secundarios, administración de hormonas, cirugías mamarias bilaterales hasta otras que no se circunscriben a la cirugía tales como depilación, fonoaudiología, entre otras (TEIXEIRA, 2017).

2.1.3 Las matrices de dominación: dando forma a las discriminaciones/privilegios interseccionales.

Como bien nos recuerda Smooth (2013, p. 23) “privilege and marginalization are central to studies of intersectionality. While many might assume that these two categories are mutually exclusive, intersectionality scholarship has focused on their coexistence”.

Desde los debates iniciales sobre este asunto, Crenshaw (2002) enfatiza que las discriminaciones interseccionales resultan de difícil identificación en contextos en los que “las fuerzas económicas, culturales y sociales modelan silenciosamente el telón de fondo, para colocar a las mujeres en una posición donde terminen siendo afectadas por otros sistemas de subordinación” (p.176).

Justamente en esta dirección es en la que se ubica la contribución de Collins (2019) con el concepto de matrices de dominación. A mi juicio, tal concepto aparece enunciado de cierta forma en las reflexiones de Crenshaw (2002), cuando hace referencia a una especie de telón de fondo estructural que actúa a veces de forma silenciosa o invisible. Destaca además que es imprescindible examinar ese trasfondo estructural, dado que eximir al mismo del análisis de las opresiones interseccionales, da lugar a que apenas sean vistos los aspectos más

inmediatos de las mismas, “mientras que la estructura que sitúa a las mujeres en la posición de recibir tal subordinación permanece oscurecida” (CRENSHAW, 2002, p.176).

Examinar críticamente el modo en que varias categorías interactúan para producir opresiones/privilegios interseccionales, así como el trasfondo estructural en que tales cuestiones se producen, potencializa este análisis, pues se presta atención a las especificidades de la época, del contexto social en tanto conformadoras de matrices de dominación. El análisis que puede realizarse a la luz de esta herramienta conceptual, permite “teorizar privilegios y opresiones, no como entidades fijas, sino como entidades fluidas y dinámicas, susceptibles de transformaciones, tanto a nivel de las opresiones, como de los privilegios y de los contextos” (NOGUEIRA, 2017, p.151).

Defino las matrices de dominación a partir de las discusiones teóricas de Collins (2019, pp. 368, 369) según la cual:

el término matriz de dominación caracteriza a esa organización social general dentro de la cual las opresiones interseccionales se originan, se desarrollan y están insertadas [...] cualquier matriz de dominación puede ser vista como una organización de poder históricamente específica en la cual los grupos sociales están insertados y sobre la cual pretenden influir [...] Todo contexto de dominación incorpora alguna combinación de opresiones interseccionales, y las matrices de dominación varían considerablemente con respecto al modo en que la opresión y el activismo se dan (COLLINS, 2019, pp. 368,369).

Con el fin de caracterizar los aspectos constitutivos de las matrices de dominación, primeramente, retomo su definición conceptual siguiendo las contribuciones de Collins (2019). Asociado a esto, incorporo un análisis crítico acerca del modo en que considero que se manifiestan algunos elementos de la matriz de dominación en el ámbito de la salud trans y reproductiva en Cuba. Para desarrollar este ejercicio analítico me inspiré en el trabajo de Patricia Hill Collins y Sirma Bilge (2016), en el que usan el concepto matriz de dominación para analizar la Copa Mundial de Fútbol de 2014, celebrada en Brasil³¹. Consecuentemente, procuro evidenciar desde este momento la pertinencia de esta herramienta para comprender las dinámicas de poder de forma localizada, y el modo en que ellas instauran privilegios y opresiones interseccionales (KANTOLA; NOUSIAINEN, 2009; WILSON 2013).

Recupero la idea de Collins según la cual “cualquier matriz específica de dominación [...] está constituida por cuatro dominios de poder interrelacionados: el estructural, el disciplinar, el hegemónico y el interpersonal” (COLLINS, 2019, p.437).

³¹ Para más detalles consultar el epígrafe *Power plays: the FIFA World Cup* del capítulo 1 del libro *Intersectionality* (COLLINS & BILGE, 2016)

Sobre el dominio estructural de poder, este hace referencia al modo en que las instituciones sociales se organizan a fin de reproducir la dominación, al tiempo que se mantienen determinados privilegios de forma diferenciada para determinados grupos. De acuerdo con Collins (2019, p.438) “un aspecto característico de este dominio es su énfasis en instituciones sociales de grandes dimensiones y articuladas”. Se trata de instituciones interdependientes que trabajan en conjunto para excluir/incluir determinadas poblaciones de la ciudadanía. Podemos entender este dominio a partir de los acoplamientos, transacciones y pactos que se producen entre diferentes instituciones sociales y que, tienen efectos de reconocimiento diferenciado de diversos grupos.

Considero útil esta formulación teórica para pensar en el papel del Ministerio de Salud pública cubano en tanto institución que muestra los contornos de esa matriz en el nivel estructural. Por tratarse de la institución central en la cuestión de las políticas públicas de salud su propio modo de funcionamiento (*top-down*) produce múltiples formas de inclusión/exclusión (VALENTI, 2015; MAZMANIAN; SABATIER, 1981).

Como mostramos en un trabajo anterior (MESTRE MALFRÁN; OLIVEIRA, 2020) los servicios de salud asociados al proceso transexualizador, así como también los servicios de atención jurídica para personas trans y sus familias estén concentrados en la capital del país³², conformando así una especie de monopolio epistémico y político de un grupo restricto de profesionales en esta área, lo que redundaría en la subordinación de las propias personas usuarias de todo un país a las disposiciones y actuaciones de estas instancias. Inclusive el acceso a tales servicios se ve obstaculizado por cuestiones de distancia geográfica y soportes económicos que viabilicen el traslado y la permanencia en la capital (RIVAS, 2015; SEMLAC-CUBA, 2018).

Respecto al dominio estructural de la matriz de dominación, Collins destaca que la promulgación de determinadas leyes es una de las maneras de incidir en las desigualdades generadas por esta organización social reproductora de subordinaciones/privilegios. No obstante, es importante tener en cuenta los mecanismos que se despliegan para preservar el *status quo* de las instituciones y sus formas de organización social. Es en esta dirección que opera la administración del poder, cuestión que la autora define como dominio disciplinar del poder, en tanto otra de las dimensiones que conforman toda matriz de dominación.

³² En el momento que se escribía esta parte de la tesis supe de la apertura, en Santiago de Cuba de un servicio de asesoría jurídica. De acuerdo con un artículo publicado en la Revista cubana independiente Q de Cuir en septiembre del 2019 fue formalizado, por primera vez un servicio especializado de asesoría legal en Santiago de Cuba (REDACCIÓN Q DE CUIR, 2019). Información disponible en: <https://medium.com/q-de-cuir/inicia-en-santiago-servicio-de-asesor%C3%ADa-legal-para-personas-lgbtqi-edabb189f4b8>

De acuerdo con Collins el dominio disciplinar apela a las jerarquías burocráticas y a la vigilancia. Como ha apuntado la autora:

La burocracia [...] se tornó importante en el control de las poblaciones, especialmente con base en la raza, el género y otros marcadores de diferencia. Como característica cada vez más común de la organización social moderna y transnacional – los países capitalistas y socialistas son dependientes de las estructuras burocráticas –, **ese estilo de organización se muestra altamente eficiente tanto en la reproducción de opresiones interseccionales como en el ocultamiento de sus efectos** (COLLINS, 2019, p. 443, *destaques míos*).

Tales burocracias tienen como fin disciplinar y docilizar a las poblaciones, al tiempo en que preservan determinadas estructuras y sus efectos de subordinación/privilegios. Siguiendo con el ejemplo de la salud transespecífica, en Cuba lograron crearse servicios de salud provinciales para acoger las demandas de las personas trans. Sin embargo, estos servicios tienen atribuciones limitadas, mientras la puerta de entrada al proceso transexualizador está exclusivamente supeditada al dictamen del equipo de profesionales del CENESEX, y a la posibilidad de trasladarse a la capital, en tanto sede rectora de estos servicios de salud trans (RIVAS, 2015; SEMLAC-CUBA, 2018).

Otro mecanismo burocrático dentro de este propio contexto, puede ser ilustrado por medio del acuerdo jurídico relativo a los documentos de identificación de personas trans cubanas. Este acuerdo jurídico es presentado como un gran avance por directora del CENESEX Mariela Castro Espín, doctora en Sociología, aun cuando releva una profunda vulneración de los derechos de personas trans cubanas. Conforme declara Mariela Castro (2017, p.124):

en Cuba, desde el 2013 **se acepta** emitir documentos de identidad que **incluyen el cambio de foto** de la persona transexual de acuerdo con su identidad de género, **sin contemplarse aún en este documento el cambio legal de sexo y nombre de quien no se haya sometido a la cirugía de adecuación genital** (CASTRO, 2017, p.124, *destaques míos*).

¿Qué es lo que nos apunta la supuesta condescendencia y generosidad, expresada en este “arreglo” ofrecido como una dádiva del Estado a las personas trans cubanas, en sus documentos de identificación? ¿Qué hay en una foto? ¿Qué disputas de género están por detrás de esta “autorización fotográfica”? Regular las marcas de género en los documentos de identidad, excediendo inclusive el control biopolítico sobre el sexo y el nombre, haciéndolo extensivo a la foto, ha sido y continúa siendo el sello distintivo de un dispositivo de biopoder estatal (FOUCAULT, 2000; SPADE, 2015) que tiene en la cisnormatividad (VERGUEIRO, 2015) uno de sus elementos claves.

Este dispositivo de poder que entrecruza una instancia jurídica y un poder biomédico (representado por el CENESEX), produce efectos de cis-colonialidad (VERGUEIRO, 2015) sobre personas trans cubanas. La normatividad cisgénero en tanto un dispositivo de poder colonial como lo conceptualiza Viviane Vergueiro (2015) es tremendamente eficaz para que personas trans tengan su humanidad deslegitimada. Esos efectos colonizatorios que capturan las existencias trans, se hacen evidentes justamente en el hecho de que este dispositivo se presenta a sí mismo como restituidor de humanidad (te autorizo, a elegir una foto y así adentrar al registro de humanidad, pero como un humano menos legítimo). No obstante, de antemano esa humanidad ha sido negada toda vez que se opera con un ideal cis-centrado que vulnera una dimensión esencial de la trans-ciudadanía como lo es la autoidentificación (SPADE, 2015; BENTO, 2017).

Al mismo tiempo esta “solución” de la foto que corresponda a la autoidentificación de género de personas trans, sin que ello implique cambio en el nombre y sexo consignado en tal documento (especialmente si tales cuestiones son deseadas por las personas trans), no deja ser una solución a medias, teniendo en cuenta lo que Dean Spade (2015) denomina como violencia administrativa y que hace referencia a la segregación y clasificación de género con la que operan las instituciones sociales. A partir de ello, las múltiples interacciones cotidianas con funcionarios públicos que requieren que se muestren los documentos de identidad, aumentará la exposición de las personas trans a situaciones de violencia.

La dimensión disciplinar del poder combina burocracia con vigilancia. Como ha referido Collins (2019) “actualmente la vigilancia constituye uno de los principales mecanismos de control burocrático” (p.444). Tales prácticas deben ser examinadas a los fines de proponer políticas públicas que quiebren las jerarquías burocráticas destinadas a preservar los sistemas de dominación. Haciendo parte de estos dos dominios tenemos la tercera pieza de este entramado de poder, que Collins designa como dominio hegemónico de poder. De acuerdo con la autora:

Os domínios estrutural e disciplinar do poder operam por meio de políticas sociais que tocam todo o sistema e são gerenciados sobretudo pela burocracia. Em contraste, o domínio hegemônico do poder visa justificar práticas exercidas nesses domínios de poder. Ao manipular a ideologia e a cultura, o domínio hegemônico atua como um elo entre as instituições sociais (o domínio estrutural), suas práticas organizacionais (o domínio disciplinar) e a interação social cotidiana (o domínio interpessoal) (COLLINS, 2019, pp. 447-448).

Como explica la autora, la manutención de posiciones de poder hegemónico va de manos dadas con el despliegue de determinadas racionalidades que las sustentan. Tales racionalidades son creadas y operan como un sistema de ideas que justifican la opresión.

Ideologías dominantes en torno a la raza, clase, género, sexualidad y nación son accionadas en prol de la manutención de intereses hegemónicos.

Uno de los vehículos fundamentales para diseminar tales ideologías son los medios de comunicación de acuerdo con lo que apunta la propia Collins en su obra, para quien “la importancia del dominio hegemónico de poder reside en su capacidad de moldar la consciencia a través de la manipulación de ideas, imágenes, símbolos e ideologías” (COLLINS, 2019, p.449).

Para seguir en la misma línea de contextualización de estos análisis en el escenario donde se desarrolla esta investigación, retomo uno de los argumentos que expuse en la sección referida a la descripción de la política de salud trans-específica. La justificativa usada para interrumpir las cirugías asociadas al proceso transexualizador en Cuba fue “debido al enfoque inadecuado dado por los medios de comunicación” (CASTRO, 2014, p.74) ¿Cómo justificar la producción diferenciada de vulnerabilidad en los cuidados en salud de personas trans? El papel de los medios de comunicación resulta crucial en este aspecto al promover una ontología del género en la que su constitución transgresora, obtiene una sanción social. En tal sentido los medios de comunicación contribuyen al reforzamiento de una cultura cisheteronormativa que se presenta como un símbolo de la nación (MESTRE MALFRÁN; OLIVEIRA; LAGO, 2019).

Con respecto al dominio interpersonal este funciona

a través de rutinas y prácticas cotidianas que relacionadas con el modo en que las personas se tratan unas a las otras (por ejemplo, el nivel micro de la organización social). Tales prácticas son sistemáticas, recurrentes y tan familiares que muchas veces pasan desapercibidas (COLLINS, 2019, p.453).

Durante los meses de octubre a diciembre de 2019 realicé un segundo campo de pesquisa. Con vistas a entrar en contacto con posibles interlocutoras fui invitada a participar de la “16 Reunión de Personas viviendo con VIH”³³, espacio en el que me pondrían en contacto con algunas mujeres transexuales y travestis de Santiago de Cuba.

Una de las actividades de la que tomé parte fue la comisión de trabajo “Atención social, diversidad y Equidad de Género”³⁴. En este grupo de trabajo, integrado por

³³ Este encuentro es organizado por el Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Santiago de Cuba.

³⁴ Inicialmente asistí a este evento solo como una condición que me permitiera tener acceso a las interlocutoras de la investigación, no obstante, al finalizar el mismo, solicité a uno de los organizadores (que fue quien me puso en contacto con una de mis interlocutoras), me diera autorización para incluir algunas de mis observaciones sobre este evento en la tesis. Igualmente solicité al especialista que participó en la Comisión de Trabajo referida, me autorizara incluir su testimonio, el que debatí con él en el intervalo del evento. Este especialista es además un colega conocido de otros espacios, que accedió a mi solicitud. No fueron firmados consentimientos de forma

investigadoras/es y personas viviendo con VIH cis y trans, se solicitó plantear problemáticas asociadas a la atención social de estas últimas. Una de las participantes, una mujer autoidentificada como travesti expresó que estaba disgustada con el trabajo de la Red Nacional TRANSCUBA³⁵ y que deseaba que las mujeres trans de Santiago se reunieran más veces³⁶. Uno de los especialistas presentes le respondió “que ellos se ocupaban de la prevención de ITS-VIH-SIDA, que inclusive existía un espacio en su centro al que ellas podían acudir, pero en calidad de grupo de riesgo, que esa parte de la Red TRANSCUBA es del CENESEX” (Fuente: observaciones registradas en diario de campo de la tesis, octubre-diciembre, 2019).

De nuevo me parece que aquí se opera un dispositivo colonial de saber/poder que produce como efectos el silenciamiento y aniquilamiento de saberes y existencias. Esto se verifica a través de una atribución de ininteligibilidad a la enunciación de la participante (“*lo que estás planteando no tiene nada que ver, aquí vinimos a hablar de VIH*”). Desde la perspectiva de esta última, *su salud* (objeto de análisis de ese evento académico) se encuentra articulada a la posibilidad de tener esos espacios de convivencia con otras personas trans. ¿Por qué esto sería menos legítimo como un tema de salud? Se hace explícita inclusive la inexistencia de una concepción integral de salud como principio rector de esos cuidados.

Seguidamente se opera por medio de retóricas patologizantes que reposicionan a la participante en el lugar de enferma, paciente, como único lugar posible de existencia e inteligibilidad y al especialista en un lugar de *expertise*. Además de la patologización, este dispositivo incorpora una gestión de tutela de esa existencia (*tenemos espacios para ustedes, pero como grupo de riesgo*) que reifica y ecuaciona las existencias trans como equivalentes a existencias de “riesgo”, como si el VIH y demás infecciones de transmisión sexual fuesen exclusivas de estos cuerpos. Consecuentemente me parece que esta situación ilustra nítidamente lo que se describe como el dominio interpersonal.

Sintetizando las proposiciones de Patricia Hill Collins (2019) y buscando delinear aspectos distintivos de la matriz de dominación que hasta aquí fueron discutidos, me parece importante destacar algunos aspectos que auxilian en el entendimiento de la configuración de esta matriz en el contexto de la salud pública cubana y su relación con las políticas públicas de salud estudiadas.

escrita, pues en ese momento yo no contaba con modelos impresos, por lo que estos acuerdos se realizaron de forma oral.

³⁵ Red nacional de personas trans, parejas y familias. Más información disponible en: <https://www.facebook.com/transcuba.cuba.3>

³⁶ Fuente: Diarios de campo de la investigación.

-El dominio estructural, caracterizado por la verticalidad y centralidad del MINSAP, actúa como un pilar fundamental de las opresiones interseccionales que, en materia de salud pública, podrán ser vivenciadas por diferentes usuarias/os tanto de los servicios de salud transespecífica, como de la reproducción asistida. Al decir que esos rasgos del sistema de salud cubano son un eje estructural de la dominación, significa que los mismos mantienen, organizan y dan forma a las opresiones/privilegios interseccionales de las personas que están posicionadas en diferentes lugares dentro de ese escenario, incluyendo usuarias, técnicos y profesionales.

El dominio disciplinar hace referencia a los mecanismos institucionalmente establecidos para garantizar el control, la vigilancia, el escrutinio, tutela de las poblaciones cuyas vidas son administradas por los poderes públicos en salud.

El dominio hegemónico tiene que ver con aquellas imágenes, símbolos y ficciones que son creadas y diseminadas en el contexto de la salud. Las mismas pueden estar referidas tanto al sujeto de determinadas políticas, como a las demandas en salud trans-específica y reproductiva respectivamente. Por su parte, el dominio interpersonal remite a las interacciones que se producen en los espacios y vínculos entre las personas usuarias y profesionales de los servicios de salud. Tales interacciones tanto refuerzan como desafían a las ideologías dominantes, la organización estructural y las gestiones administrativas.

Es dentro de esta trama de dominación y resistencia que se dan las opresiones/privilegios interseccionales que posteriormente iremos a dilucidar más detalladamente de conjunto con las personas usuarias que cohabitan en este sistema de salud. El concepto de matriz de dominación de Collins (2019), será una herramienta fundamental para desarrollar los análisis acerca de privilegios/opresiones interseccionales presentes en las políticas públicas estudiadas.

2.1.4 ¿Cómo imaginar/ensayar políticas públicas interseccionales?

En esta tesis trabajo con una dimensión analítica o heurística de la interseccionalidad previamente explicitada, así como con una dimensión propositiva. En lo que respecta a la dimensión transformadora, el acento está puesto en pensar de qué modo la interseccionalidad puede contribuir a reformular las políticas públicas a fin de que las mismas contribuyan con la constitución de una ciudadanía plural, radical, o lo que Lucas Platero (2012) designa como una agenda crítica de las políticas públicas. ▲

Por su parte, Kimberle Crenshaw (2002) se ha referido a la necesidad de desarrollar metodologías interseccionales que recurran a la formulación de otras preguntas y al análisis del contexto, a fin de involucrar a las personas a las que las políticas dicen representar. Teniendo en cuenta estas inspiraciones analíticas, esbozo aquí algunos caminos, sin ninguna pretensión de dar por terminada esta propuesta, acerca de cómo entiendo, desde el punto de vista conceptual, a las políticas públicas interseccionales.

Si tenemos en cuenta que las políticas públicas son instrumentos que buscan garantizar derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud, es preciso pensar críticamente cómo se entienden tales derechos y los límites de los mismos para concebir políticas inclusivas. Como sugiere Angela Davis (2018), los discursos a favor de los derechos humanos que se han basado en una búsqueda de la igualdad sin cuestionar las categorías que son movilizadas para tales fines, han mostrado un alcance limitado. Así, afirma Davis (2018, p.93) “no se trata simplemente de incorporar más mujeres en una categoría inalterada de lo que significa mujer, sino de reescribir toda la categoría”. A partir de aquí entiendo que una política pública interseccional ha de reescribir categorías que suelen ser usadas de formas homogeneizadoras y universalistas como vía de establecer derechos. Una política pública interseccional operaría con las categorías como sistemas abiertos, que se definen por su propio movimiento e intersecciones.

Justamente teniendo en cuenta la necesidad de reescribir las categorías, otro criterio a tener en cuenta sería la concepción de las políticas públicas en diálogo con posiciones sociales diversas, excéntricas, no normativas. Esta articulación responde a la necesidad de identificar los efectos de las políticas públicas. Es fundamental, poder comprender el impacto diferenciado que tienen dichas políticas en la vida de personas, identificando vulnerabilidades interseccionales, mecanismos de sub-inclusión y superinclusión. Se trata de un ejercicio analítico que posibilite contrastar las demandas de cuidado de las personas usuarias con las promesas de inclusión de las políticas públicas. Una perspectiva interseccional de las políticas públicas supone atender a las circunstancias específicas de vida de las/os usuarias/os que no son contempladas por un patrón universal de ciudadanía.

Otro punto para considerar es prestar atención a la configuración social del poder que circunda a las políticas públicas, que no es otra cosa sino observar la conformación de la matriz de dominación (COLLINS, 2019). Esta última, en tanto lente de lectura de las políticas públicas, auxilia a desentrañar privilegios/opresiones interseccionales asociados a una dada organización social del poder. Es fundamental entender que privilegios/opresiones interseccionales no son inherentes *per se*, a determinadas minorías sociales (ej: minorías de

género y reproductivas). Privilegios/opresiones interseccionales no se refieren a cuestiones identitarias; sino que nos convidan a observar las diferentes posiciones sociales dentro de una matriz de poder. Tal presupuesto evita concebir a las políticas públicas desde concepciones esencialistas y entiende a los privilegios/opresiones interseccionales como fenómenos coexistentes, fluidos y dinámicos (SMOOTH, 2013; NOGUEIRA, 2017).

Por tanto, cuando imagino una política pública interseccional, considero que la misma se define por su capacidad de enfrentar múltiples discriminaciones asociadas a diferentes ejes de poder considerados en su interrelación (CRENSHAW, 2002; BUSTELOS, 2009). Como afirma Conceição Nogueira (2017) “políticas interseccionales están comprometidas con la justicia social y procuran cambios significativos en las relaciones de poder” (p.52), residiendo en ello su posibilidad de producir efectos radicales y revolucionarios.

2.2: ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA EL ABORDAJE DE LAS POLÍTICAS DE SALUD TRANS-ESPECÍFICA Y DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

La construcción de los emprendimientos metodológicos de esta tesis implicó una reflexión sobre cómo materializar una indagación crítica acerca de privilegios/opresiones interseccionales presentes en las políticas escogidas y cómo esa indagación pudiera inspirar (a partir de las informaciones recabadas y en diálogo con las teorías de partida) la concepción de políticas públicas como un proyecto feminista. En estos dos aspectos estaban resumidos los desafíos de la propuesta metodológica que fui construyendo.

Para dar respuesta a las interrogantes de este estudio, el proceso investigativo se dividió en varias etapas y estuvo condicionado por diversos factores de orden teórico, metodológico y también práctico. Inicialmente recurrí a una sistematización de las investigaciones cubanas sobre el tema, identificando contribuciones y brechas que me permitieron delimitar el objeto de investigación. Seguidamente fue necesario comprender este objeto a nivel teórico e investigativo. Fue en sintonía con estas cuestiones que se delimitaron los objetivos de la investigación, consistentes en:

- Caracterizar las matrices de dominación presentes en las políticas públicas de salud trans-específica y de reproducción asistida en Cuba, teniendo en cuenta los privilegios/opresiones interseccionales resultantes dichas matrices. **(Objetivo general).**

Objetivos específicos:

-Analizar a partir de una perspectiva interseccional, los enunciados formales de estas políticas públicas expuestos en sus documentos normativos.

- Identificar los marcadores sociales que moldean los servicios de salud trans-específica y de reproducción asistida, su relación con matrices de dominación y el modo en que se interseccionan produciendo opresiones/privilegios de forma diferenciada.

-Discutir los límites y posibilidades de la atención en salud para personas trans y personas demandantes de la reproducción asistida, a través de entrevistas con usuarias y profesionales vinculadas a estos servicios de salud.

Atendiendo a que los objetivos de esta tesis se enfocan en revelar ejes de subordinación/privilegios; formas de organización del poder institucional en el ámbito de la salud pública; vulnerabilidades interseccionales, ello implicó cuestionarme acerca de ¿cómo y dónde estas dimensiones del objeto investigado podían ser captadas de forma más apropiada? ¿Cómo captar las porosidades interseccionales de las políticas públicas de salud estudiadas? ¿Qué tipo de conocimiento podría ser construido y esperado, cuando se parte de un abordaje feminista para indagar sobre privilegios/opresiones asociadas a las políticas públicas de salud estudiadas?

A tono con estos discernimientos creí conveniente adoptar una perspectiva cualitativa de investigación (GONZÁLEZ REY, 1997), inter(in)disciplinada, que permitiera retirar a las políticas públicas del solipsismo epistémico (GROSFUGUEL, 2013) de los saberes biomédicos, producidos fundamentalmente en la capital del país, buscando que el conocimiento resultante se insertara en la perspectiva de los saberes excéntricos (OLIVEIRA, 2017a). Por tales conocimientos se entiende a aquellos provenientes de posiciones periféricas, lo que incluye tanto a la región del país en la que se centra el estudio - Santiago de Cuba – como a las interlocutoras escogidas.

Es importante hacer referencia a otros factores que también condicionaron la forma en que se dio el proceso investigativo. Por el hecho de ser una investigación sobre Cuba que estaba siendo realizada en Brasil, a partir de mi condición de Bolsista CAPES PEC-PG, (lo que implicaba períodos limitados de estancia en el país de origen, y mayormente en Brasil) consideré oportuno trabajar con los documentos normativos de las políticas públicas como una de las fuentes principales de la investigación, toda vez que el acceso a tales documentos se vería facilitado con independencia de estar en Cuba o en Brasil.

Organicé dos estancias de investigación en Cuba en los siguientes períodos: diciembre/2017-febrero/2018 y octubre-diciembre/2019 para recabar informaciones sobre las políticas en base de datos cubanas y para efectuar entrevistas. Opté por permanecer ese breve

período de tiempo³⁷ pues pese a que el contacto personal con las entrevistadas solo sería posible en Cuba, las limitaciones de acceso a Internet en el país, así como a textos impresos disponibles apenas en la biblioteca de la UFSC, dificultaba la realización de otras tareas propias del proceso investigativo previstas en el cronograma.

En las líneas que siguen describo más ampliamente cada uno de los aspectos metodológicos referidos a la elección de las interlocutoras, los instrumentos escogidos para la producción de las informaciones, los aspectos éticos de la investigación.

2.2.1 Documentos normativos de las políticas públicas de salud como fuentes de análisis.

Dentro de los abordajes investigativos que entienden a las políticas públicas como matrices discursivas, se privilegia el análisis de los documentos de dominio público vinculados con las mismas. En esta concepción los documentos adquieren algunas particularidades que fueron asumidas en este estudio:

o documento deixa de ser percebido como matéria inerte [...] e passa a ser compreendido como **instância produtora** dessa história. O documento, assim entendido, transmuta-se em campo de batalha onde problemas materiais e simbólicos são contestados. Desse modo, o uso de documentos na pesquisa não deve limitar-se à sua função de registro histórico, mas admiti-los como **um território no qual os processos sociais se fazem presentes e atuantes**. Isso implica focalizar os documentos públicos como principal material de análise (SAMPAIO; GERMANO, 2014, pp293-294, *destaques míos*).

Es dentro de este entendimiento que adopto como materiales fundamentales de análisis los siguientes documentos: Resolución 126/2008 del MINSAP, el Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil, concretamente el documento que norma a este último y documentos de trabajo proporcionados por la abogada Zulendrys Kindelán Arias, quien participara, desde el año 2007 en la creación de los servicios de asesoría jurídica del CENESEX, los que incluían la asesoría a personas trans cubanas. La misma me facilitó el acceso a algunos documentos inéditos que constituyeron material de trabajo para la organización de este servicio nacional. Todos ellos incluyen especificidades sobre la atención jurídica a personas trans ya sea por derivación de la Comisión de Atención Integral a personas transexuales (creada por medio de la R126/2008) o por otras demandas jurídicas de las mismas.

³⁷ El tiempo máximo que CAPES autoriza a permanecer en el país de origen por motivos de la investigación es de 12 meses

En el caso de la Resolución 126/2008³⁸ para la atención en salud a personas trans cubanas, se tuvo acceso a ella a través de un contacto con un profesional del CENESEX, quien la disponibilizó vía email. En el caso del Programa Nacional de Atención a la pareja infértil, este me fue facilitado por una especialista que trabaja en uno de los servicios de salud vinculados al mismo. No consta que tal documento exista online.

Al tomarlos como fuentes de estudio procuro elaborar propuestas analíticas alineadas con los objetivos de la tesis. Para ello consideré el análisis documental en cuanto una modalidad metodológica que

auxilia na problematização de práticas sociais, da desnaturalização das mesmas e da ruptura com cristalizações [...] a problematização dos documentos é uma ferramenta para atuar no deslocamento de saberes e modos de pensar cristalizados para que, ao desnaturalizá-los, possa criar campos de possíveis (LEMOS; et al. 2015, pp.462, 467).

Para concretar el análisis de los documentos referidos trabajé con la problematización recursiva (FERNÁNDEZ, 2007) como un operador metodológico, la cual es explicada de forma detallada en secciones siguientes de este capítulo. No obstante, el trabajo analítico con estos documentos exigió poner en práctica un conjunto de procedimientos previos, atendiendo a la estructura de los mismos y a los objetivos de la investigación.

Cada uno de estos documentos está compuesto por diversas secciones, las que fueron leídas inicialmente página por página, registrando sus temas y contenidos. A partir de esas lecturas produje un primer material descriptivo como una fase indagatoria, de familiarización con los mismos. Seguidamente procuré conocer sobre estas normativas a través de otros soportes como producciones audiovisuales y materiales promocionales que circulan en el país y que también abordan asuntos referidos en estas políticas. Estas otras narrativas me permitieron expandir la comprensión de las políticas más allá de lo expuesto en los documentos normativos. En el caso de la reproducción asistida encontré varias publicaciones de periódicos provinciales y nacionales (algunos de ellos referidos en el capítulo 1, en la sección correspondiente a la reproducción asistida) y un programa de la televisión cubana que abordaba de forma general las políticas del Estado en relación con las maternidades y paternidades³⁹.

³⁸ Tal Resolución se encuentra disponible para consulta pública en el Portal de Infomed en el link <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=191>.

³⁹ Me refiero al programa televisivo titulado: *Programa Materno Infantil: una apuesta por la vida*, disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=LUQrhqN7k8>

En el caso de la salud trans-específica no encontré ningún material audiovisual transmitido en los canales de televisión nacional. Una de mis interlocutoras me facilitó materiales promocionales impresos, referidos a la salud de las personas trans (Imagen 2) que tuve a bien analizar también en esta misma etapa de familiarización con los documentos normativos de las políticas.

Esta etapa fue fundamental para formular, - en diálogo con el campo teórico de referencia, con los relatos de las primeras entrevistadas y estas otras narrativas de las políticas divulgadas en otros soportes, - las primeras interrogantes que guiaron el análisis de los documentos concebido como un proceso de problematización. Esta tarea analítica fue encarada como un ejercicio de “pensar un campo de problemas” y un campo de posibilidades, lo que estuvo inspirado en la propuesta de problematización recursiva desarrollada por Ana María Fernández (2007) que es descrita en secciones posteriores de este capítulo.

2.2.2 Las interlocutoras y las entrevistas.

Si bien recurrí a “voces institucionales” para el análisis de las políticas públicas estudiadas (por medio de los documentos normativos), mi principal interés estaba puesto en dialogar con interlocutoras que se situaran fuera de las posiciones centrales en el campo de las políticas públicas de salud cubanas, atendiendo al propósito de identificar privilegios/opresiones interseccionales de forma localizada. Teniendo en cuenta ese recorte entrevisté a dos especialistas y a ocho usuarias vinculadas con las políticas públicas estudiadas, resultando en un total de diez entrevistas en profundidad. Opté por escoger un total de seis entrevistas para integrar los análisis de esta tesis (la de dos especialistas y de cuatro usuarias), atendiendo a la robustez de las informaciones aportadas por estas.

El recorte inicial también me condujo a asumir algunos presupuestos metodológicos para la concepción de las entrevistas. Uno de ellos fue la decisión de privilegiar el papel de la experiencia vivida como un criterio de autoridad analítica (hooks, 2013; COLLINS, 2019). Tal cuestión se vincula en esta tesis a la experiencia de las usuarias y las profesionales acerca de las políticas públicas de salud analizadas. Es válido explicitar que tanto las usuarias como las especialistas son consideradas con el estatuto de expertas, *stakeholders* (FREEMAN,1994), poseedoras de conocimientos relevantes sobre las políticas públicas.

En el caso de las usuarias, sus percepciones y experiencias ganan valor en un sistema interpretativo en el que considero que los saberes legítimos no son apenas aquellos legitimados por las instituciones del MINSAP. Inclusive, teniendo en cuenta a la verticalidad

que distingue al proceso de implementación de políticas públicas en Cuba, considero que esta configuración contribuye al desperdicio de saberes (SANTOS, 2004) que son acumulados por quienes participan del sistema de salud ocupando posiciones marginales.

A partir de estas pautas consideré como criterios de elegibilidad de las usuarias entrevistadas que fueran de Santiago de Cuba y/o otras provincias localizadas en la región oriental del país y que, por distintas razones, hubiesen sido descartadas por las lógicas de funcionamiento de los servicios de salud asociados a estas políticas. Este criterio no estaba tan nítidamente formulado al iniciar la fase de realización de las entrevistas. Fue en el contacto con mi primera entrevistada, una mujer trans que me presentó relevantes reflexiones acerca de sus obstáculos para acceder a los servicios de salud trans-específica, que formulé mejor este criterio de elegibilidad. Sus análisis me presentaron una visión interseccional de la salud trans-específica que yo no había elaborada de forma precisa a inicios de la investigación.

Así, decidí adoptar como un criterio de elegibilidad a personas con “essa experiência de pesamento crítico, de reflexão e análise” (hooks, 2013, p.85) que deriva de un esfuerzo de entender, lidiar con situaciones de opresión, desafiando el *status quo*. Vale hacer la salvedad de que el papel de la experiencia como criterio de autoridad analítica no es entendido aquí en un sentido esencialista. Como recuerda Donna Haraway (1995) al referirse a los saberes localizados “identidade, incluindo auto-identidade, não produz ciência; posicionamento crítico produz, isto é, objetividade” (p.27).

Entré en contacto con la primera colaboradora a través de un exalumno de Psicología que había trabajado con la satisfacción de usuarias trans de Santiago de Cuba con los servicios de salud, y me presentó a la que en la época fuera una de sus entrevistadas. Esa entrevista inicial y las restantes fueron posibilitadas a través del procedimiento de la “bola de nieve” (TAYLOR; BODGAN, 1987) adaptado a las características concretas de este estudio, porque no me interesaba cualquier usuaria de los servicios de salud reproductiva y trans-específica, por lo que en esa búsqueda enfatice el criterio de personas que hubiesen sido descartadas por los servicios de salud y que, pudieran poseer una reflexión crítica en torno a ese proceso.

Mientras estuve en Santiago de Cuba conversé con colegas de la disciplina de Psicología de la Salud, alumnes con investigaciones en esta área y algunas personas de mi familia que trabajan en el ámbito de la salud pública, y les comenté acerca del tipo de interlocutoras que resultaría eficaz para mi investigación. Todos los contactos con mis entrevistadas fueron facilitados por personas conocidas de mi círculo profesional y familiar.

Las entrevistas fueron diseñadas con focos temáticos que permitieran un intercambio flexible y abierto a preguntas que no estuvieran previamente concebidas. Todas las

entrevistadas fueron informadas de los términos de consentimiento (ANEXO 1), concordando con los mismos. Se realizaron dos sesiones de entrevistas con cada una de las interlocutoras en cafeterías de la ciudad de Santiago de Cuba, en horarios de la tarde y con una duración de dos horas cada entrevista. Solamente dos de las entrevistas se realizaron en otros contextos. Una de ellas ocurrió en la casa de una amiga común y ex – colega del Departamento de Psicología que fue quien me puso en contacto con una pareja conocida que había pasado por el proceso de la reproducción asistida. Otra entrevista fue realizada vía email pues la entrevistada no se encontraba en el país en el momento en que viajé a Cuba. Todas las entrevistas fueron grabadas con mi celular, transcritas a formato papel y posteriormente la transcripción fue discutida con las entrevistadas.

Cuadro 2 - Participantes en la investigación

Pseudónimo (todos los nombres fueron alterados para preservar la identidad de las participantes, exceptuando un caso que consintió que su nombre constara)	Datos generales atendiendo a la autoidentificación de las entrevistadas
Ana	Mujer trans, blanca, 28 años, estudiante universitaria, vinculada al activismo trans en Santiago de Cuba.
Sandra	Travesti, 31 años, “mulata”, persona viviendo con VIH, desvinculada laboralmente.
Yanet	Mujer cisgénero, blanca, 34 años, maestra, usuaria del servicio de salud reproductiva durante 8 años
Simone	Mujer cisgénero, blanca, 50 años, profesora universitaria e investigadora, usuaria del servicio de salud reproductiva
Aurora	Mujer cisgénero, blanca, 34 años, especialista con 10 años de trabajo en servicios provinciales de reproducción asistida.
Zulendrys Kindelán Arias (este nombre corresponde al nombre real de la entrevistada. La entrevistada consideró conveniente no optar por el anonimato atendiendo a su trabajo pionero como fundadora de los servicios nacionales de orientación jurídica a personas trans en el CENESEX. Sobre dicho trabajo no existen registros ni referencias en el único libro publicado en Cuba sobre cuestiones trans. En este caso la necesidad de visibilizar este trabajo resulta fundamental)	Mujer cisgénero, negra, abogada, no informó la edad, con alrededor de 10 años de experiencia en los servicios jurídicos y de salud trans-específica de personas trans a nivel nacional.

Fuente: Elaboración de la autora.

2.2.3 Problematización recursiva como operador metodológico para revelar opresiones/privilegios interseccionales

El emprendimiento analítico que desarrollé tanto para analizar los documentos como los relatos derivados de las entrevistas fue la problematización recursiva desarrollada por Ana María Fernández (2007).

La problematización recursiva se trata de un trabajo elucidativo orientado a examinar narrativas. Dicho trabajo elucidativo consiste en tomar como campo de problemas el análisis de las cuestiones a indagar. Este tipo de indagación contempla tanto el trabajo con dimensiones específicas relacionadas con el objeto que estudiamos (ejemplo: criterios de acceso a los servicios de salud) como su articulación con múltiples inscripciones (históricas, institucionales, económicas) que los atraviesan (FERNÁNDEZ, 2007). Al asumir este procedimiento analítico, me propuse elucidar un campo de problemas relativo a las opresiones/privilegios interseccionales presentes en políticas de salud reproductiva y trans-específica.

De acuerdo con la referida autora “este modo de pensar intenta superar los reduccionismos [...] que se delimitaron en los momentos fundacionales de las ciencias humanas [...] para abrir los modos de indagación hacia criterios multirreferenciales” (FERNÁNDEZ, 2007, p.28). Este emprendimiento analítico implica “pensar problemas, más que aplicar sistemas teóricos” (FERNÁNDEZ, 2017, p.30), lo que equivale a adoptar los referentes teóricos de partida como instrumentos para pensar e interpelar nuestro objeto de estudio. Al referirse a la problematización recursiva como una estrategia analítica de indagación, Ana María Fernández (2007) ha planteado que “la elucidación de líneas de significación imaginarias se ha vuelto un estilo de trabajo [...] en el análisis de los materiales de terreno de las investigaciones que desarrollamos” (p.105). Más adelante apunta que se trata de “poner en visibilidad y enunciabilidad las cristalizaciones de sentido que un colectivo construye” (p.105)

Para tal, se ponen en juego los siguientes procedimientos analíticos:

- la desnaturalización de sentidos comunes disciplinarios.

- la deconstrucción de lógicas desde donde han operado determinados principios de ordenamiento.

- realizar algunos rastreos genealógicos que permitan interpelar los *a priori* de un campo de saberes y prácticas.

De acuerdo con Fernández (2007) algunas operaciones que nos permiten desnaturalizar, deconstruir y realizar rastreos genealógicos son:

-Distinguir la insistencia de determinadas narrativas: la reiteración insistente de determinadas narrativas permite localizar cristalizaciones de sentido. No se trata de una cuestión cuantitativa que refleje el número de veces en que determinada narrativa aparece, sino observar su diseminación en múltiples focos del ámbito social. La repetición argumental y la articulación de múltiples focos en la gestión de sus enunciados, crean las condiciones de la eficacia simbólica de dichas narrativas. Este es un aspecto al que se presta atención como parte de esta tarea indagatoria.

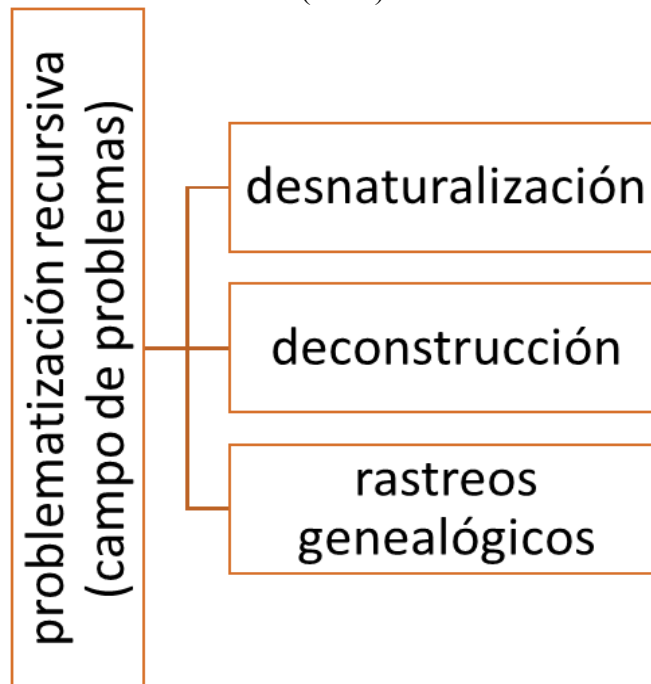
-Observar la instauración de significaciones totalizadoras y esencialistas que estipulan no apenas lo que debe ser, sino lo que es.

-Registrar las invisibilizaciones de la diversidad: a través de la presencia de discursos universalistas presentados como realidades naturales y ahistóricas, inmodificables que ocultan los procesos históricos de constitución de estos discursos.

-Distinguir la presencia de regímenes de verdad en tanto narrativas que se presentan como “la realidad objetiva”, desdeñando cualquier pensamiento que transgreda o interroge sus verdades.

-Detectar la aparición de exaltaciones y negaciones de forma articulada. Este tipo de narrativas adjudican una dimensión superlativa a ciertos aspectos de una realidad al tiempo que niega, invisibilizan otros, o los sitúan en el espacio de la no enunciación, es decir, “en un mismo acto semántico se delimitan superlativamente sus visibles y vuelven inexistentes por denegado o innominado todo posicionamiento o práctica que desdiga algún aspecto de la cristalización de sentido” (FERNÁNDEZ, 2007, p.106). El siguiente esquema muestra la lógica que seguí para examinar los documentos normativos y los relatos ofrecidos por las entrevistadas:

Figura 5 - Operaciones de la problematización recursiva propuesta por Ana María Fernández (2007).



Fuente:Elaboración de la autora.

Otro aspecto a añadir sobre el modo en que concreté el análisis fue mi decisión de juntar el análisis de los documentos oficiales sobre las políticas con las entrevistas de especialistas. Si bien se trata de dos tipos de relatos distintos, consideré que tanto las especialistas como las regulaciones sobre la salud trans-específica y la salud reproductiva corresponden a posicionamientos institucionales sobre el tema, de alguna forma similares entre sí y, a su vez distintos a las experiencias de las usuarias que opté por analizar de forma independiente.

2.2.4 Posicionamientos éticos de la investigación

De acuerdo con Patrícia Hill Collins (2019) “a epistemología feminista negra también é caracterizada por uma ética da responsabilidade pessoal” (p.423) que debe estar presente en los conocimientos que reivindicamos. La ética de la responsabilidad que asumo como investigadora está estrechamente relacionada con el posicionamiento político que asumo al estudiar este asunto. Tal posicionamiento se relaciona con una intención de visibilizar realidades que han sido sistemáticamente invisibilizadas y que se expresan en dinámicas de privilegio/opresión interseccionales que afectan de forma diferenciada a diversas usuarias de servicios de salud.

Esta ética de la responsabilidad orientó el proceso de escucha de mis interlocutoras y fundamentó mi elección del contexto de investigación, como un modo de confrontar las geopolíticas hegemónicas internas de producción de saberes. Espero que tal escucha posibilite captar “conceptos, categorías, teorías que surgen desde las experiencias subalternizadas que tienen la posibilidad de [...] explicar distintas realidades” (CURIEL, 2014, p.57) La elección del tema de investigación es en sí mismo un acto político.

Por otro lado, la propia Collins (2019) se refiere a la importancia del diálogo en los procesos de producción de conocimientos. En este sentido ha expresado que “um dos pressupostos epistemológicos básicos subjacentes ao uso do diálogo na avaliação de reivindicações de conhecimento é o de que a conexão, e não a separação, é um componente essencial do processo de validação do conhecimento” (p.416). Por tal razón ese principio constituyó una herramienta indispensable para desarrollar el proceso investigativo. Los resultados de esta tesis fueron coproducidos en diálogo con las personas participantes y con otras redes de conexión, principalmente el grupo de orientación perteneciente al Núcleo de pesquisa *Margens* de la UFSC, en el que se realizaron lecturas colectivas de los diferentes capítulos de esta tesis en su fase de construcción, obteniéndose importantes *feedbacks* y análisis críticos para su perfeccionamiento.

Conclusiones

Basándome en un planteamiento de la filósofa y feminista negra Sueli Carneiro (2003) opto en esta investigación por ennegrecer el análisis de las políticas públicas de salud, apelando para ello a una de las matrices teóricas del pensamiento feminista negro desarrollado por Patricia Hill Collins (2019), concretamente el concepto de matriz de dominación y otras contribuciones feministas negras (CRENSHAW, 2002). Ennegrecer supone en este caso privilegiar conocimientos producidos por mujeres negras y mujeres de color a fin de pensar proyectos emancipadores, comprometidos con la transformación de situaciones de injusticia social (COLLINS, 2017).

Es así que entiendo el pensamiento feminista negro como una epistemología (COLLINS, 2019) cuyas precursoras aún situadas en el Norte Global, se posicionan políticamente en franca oposición a las matrices occidentales que autorizan solo determinadas preguntas de investigación y legitiman apenas determinados conocimientos como “científicos”. Una pregunta que interesa al feminismo y en particular al feminismo negro es *¿cómo se conectan diversos regímenes de poder para producir opresiones/privilegios de forma diferenciada?* Este tipo interpelación, que no tendría lugar dentro de regímenes epistémicos occidentales, muestra cómo los saberes feministas negros forman parte de las

luchas contra el colonialismo y las relaciones sociales de desigualdad impuestas por el sistema moderno-colonial (CURIEL, 2013).

Operar con una epistemología feminista negra (COLLINS, 2019) tiene implicaciones tanto en el tipo de preguntas que son formuladas como en las formas de habitar el mundo que se vislumbran a partir de tales análisis. Tal epistemología produce saberes que sirven a grupos no hegemónicos al incluir los análisis/experiencias de mujeres negras y personas de color a nivel epistemológico, no para tornar estas experiencias simples objetos de estudio, sino por los fundamentos que ellas proporcionan para inspirar políticas emancipatorias para diversos grupos sociales (COLLINS, 2017).

En el caso de la presente investigación procuro que tanto la salud trans como la salud reproductiva puedan ser pensadas bajo estas coordenadas teórico-políticas comprometidas con la justicia social. Se trata, de una inscripción feminista y negra del objeto de estudio. Como discutí a lo largo del capítulo, examinar privilegios/opresiones interseccionales asociados a las políticas trans y de reproducción asistida, tiene como finalidad principal develar y caracterizar las dinámicas de poder que generan subordinaciones/privilegios en el contexto de los cuidados en salud, impactando de forma diferenciada la vida de las usuarias. Me distancio así de los usos de la interseccionalidad que presuponen que las opresiones tienen su punto de partida en las personas. Algunos de estas apropiaciones distorsionadas de la interseccionalidad acaban por despolitizarla como bien advierte Collins (2017), minando su potencial emancipador, toda vez que, en última instancia lo que producen es una especie de fotografía congelada en el tiempo a partir de determinados descriptores: raza, género, clase, sexualidad, nación. No obstante, ese uso de la interseccionalidad tiene nulos efectos en términos de transformar relaciones de poder.

Como defendí a lo largo de este capítulo, pensar a partir del paradigma de la interseccionalidad teniendo como clave teórica al concepto de matriz de dominación implica otro movimiento analítico y político. Inspirada por las contribuciones feministas negras en diálogo con otros saberes críticos, mi esfuerzo se vuelca a dilucidar los engranajes estructurales, los procesos de administración disciplinar, ideologías y rutinas cotidianas que instauran privilegios/opresiones interseccionales en el ámbito escogido para el estudio. En tal sentido entiendo que tales privilegios/opresiones no son solo resultantes de matrices de dominación, sino también coexistentes, fluidos, cambiantes y desafiados por los agenciamientos y resistencias de las personas usuarias.

Precisamente por partir de tal concepción de la interseccionalidad, es que los caminos metodológicos que fui construyendo estaban orientados a explorar engranajes institucionales

y sus posibles dinámicas de poder; de ahí la opción metodológica de trabajar con los documentos normativos y las experiencias de profesionales de estos servicios que hacen la política en la práctica cotidiana de sus actuaciones profesionales. También por eso escogí como interlocutoras a usuarias de estos servicios de salud, por entender que intervienen activamente en la co-producción de estas políticas públicas.

CAPÍTULO 3: SALUD TRANS-ESPECÍFICA Y SALUD REPRODUCTIVA: UNA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL.

Este capítulo, centrado en el análisis de documentos públicos, busca ilustrar un campo de problemas relativos a la institucionalización en salud de privilegios/opresiones interseccionales, así como caminos posibles para una apertura más democrática de las políticas públicas de salud trans-específica y salud reproductiva, en tanto instrumentos de materialización de derechos ciudadanos, por ende, alineados con un proyecto de justicia social, que puede estar inspirado por perspectivas feministas.

A tono con lo antes dicho se investigan las proposiciones y enunciados de los documentos normativos correspondientes a la Resolución 126 del 2008 y el Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil, ambos suscritos por el Ministerio de Salud Pública cubano. La Resolución 126/2008 se discute en diálogo con documentos de trabajo y testimonios proporcionados por la abogada Zulendrys Kindelán Arias quien, desde el año 2007 y hasta el cese de su vínculo laboral, participó activamente en la fundación y consolidación de los servicios de orientación jurídica del CENESEX, que contemplaban el acompañamiento institucional a personas trans cubanas. Por su parte, el Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil se discute en diálogo con las informaciones proporcionadas por Aurora, especialista vinculada a este servicio en la región oriental del país.

A través de la aplicación de los procedimientos de la problematización recursiva y, teniendo como lente analítico los referentes teóricos anteriormente explicitados, se busca dilucidar el modo en que esas enunciaciones, en tanto instancias productoras de sentido, instauran opresiones/privilegios interseccionales. El hecho de que este análisis se oriente por una perspectiva feminista negra, así como un enfoque feminista post-estructuralista y una perspectiva crítica de las ciencias humanas, implica aportar informaciones referidas a discriminaciones estructurales, dispositivos de saber/poder, ideales regulatorios sobre género, sexualidad, reproducción, corporalidades, todas estas cuestiones consideradas como aspectos integrantes de una matriz de dominación (COLLINS, 2019) que presupone la (re)producción de privilegios/opresiones interseccionales asociados a la salud reproductiva y trans-específica.

3.1 DISPUTAS SIMBÓLICAS Y REGULACIONES CISTÉMICAS⁴⁰: UN PROYECTO DE (DES)ASISTENCIA EN SALUD PARA PERSONAS TRANS CUBANAS.

⁴⁰ Uso cistémicas en el sentido que propone Viviane Vergueiro (2018) para referirse a las inscripciones de la cisnormatividad en los sistemas de salud e instituciones asociadas.

Comenzaré por describir la estructura formal de la Resolución 126/2008. La misma es un breve documento de seis páginas de extensión, dividido en tres tópicos de diferente naturaleza: los “*por cuanto*” (criterios que fundamentan la formulación de la resolución), los “*resuelvo*” (las disposiciones que norman las acciones del proceso transexualizador y el “*glosario de términos*” (conjunto de términos referidos a las existencias trans). Es un documento que no solo contiene texto, sino que incorpora como primer elemento en la página inicial un símbolo nacional, concretamente el escudo de la patria, lo que es recurrente en documentos oficiales suscritos por el Estado. La imagen del escudo, en tanto estrategia discursiva, me parece que funciona como un emblema que anuncia la incorporación de la ciudadanía trans a la nación. Desde el punto de vista de la composición del documento, encontramos tres tipos de enunciaciones correspondientes a los tópicos inicialmente referidos.

El primer tópico que integra la Resolución, alude a diferentes piezas del ordenamiento jurídico cubano relativos a la esfera de la salud pública. Así, nos encontramos con un total de siete “*por cuanto*” que sirven de antecedentes y soportes jurídicos para la formulación de esta Resolución. Es citada la Ley 41 de Salud Pública de 1983, en sus artículos 3, 5 y 17. También sirve de fundamento para la expedición de esta Resolución el “Acuerdo 2840 del 25 de noviembre de 1994 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros⁴¹”. Igualmente son citadas otros engranajes jurídicos de la salud pública cubana como el Decreto- Ley 141 de 1994, la Resolución ministerial no. 235 de 1988, el Acuerdo del Consejo de Estado⁴² del 7 de mayo de 2004 y la Resolución ministerial no. 1 de 2007.

En el segundo tópico se plasman once resoluciones suscritas por el entonces Ministro de Salud Pública, que exponen en términos bastante generales las disposiciones sobre la creación de la Comisión Nacional de Atención Integral y sus obligaciones, la infraestructura formalizada a partir de ese momento para la atención en salud a personas trans de todo el territorio nacional y las funciones de los profesionales adscritos a este servicio especializado.

⁴¹ Es el máximo órgano ejecutivo y administrativo y constituye el Gobierno de la República. En su seno se articula un Comité Ejecutivo, integrado por el presidente, el primer vicepresidente y los cinco vicepresidentes. Este comité en caso de urgencia puede decidir sobre las cuestiones atribuidas al Consejo de Ministros. Informaciones retiradas de Ecured: <https://www.regimenpolitico.com/paises/regimen-politico-cuba.php>

⁴² Es el órgano de la Asamblea Nacional del Poder popular, que la representa entre uno y otro periodo de sesiones, ejecutando sus acuerdos y desempeñando cierto número de atribuciones. El presidente del Consejo del Estado, elegido también por la Asamblea Nacional, convoca y preside las sesiones del Consejo del Estado y las del Consejo de Ministros, propone a la Asamblea los miembros del Consejo de ministros y desempeña la Jefatura Suprema de las Fuerzas Armadas Revolucionarias. Informaciones retiradas de Ecured: <https://www.regimenpolitico.com/paises/regimen-politico-cuba.php>

En el tercer tópico se presentan un total de ocho definiciones sobre cuestiones referidas tanto a las existencias trans y a la atención en salud, recogidas en un glosario anexo a la Resolución. Dichas definiciones contemplan las siguientes categorías: sexo, sexo asignado, género, identidad de género, persona transexual, criterios de elegibilidad, criterios de disponibilidad, cirugías de reasignación sexual. No se citan referencias científicas de los términos que integran el glosario, lo que pudiera obedecer al hecho de ser un documento técnico, concebido principalmente para el uso y consulta de profesionales de estos servicios.

3.1.1 Entre el reconocimiento de la salud trans-específica y la producción de la vulnerabilidad trans: paradojas de la Resolución 126/2008.

El material textual analizado me permitió identificar el carácter paradójico con que se constituye la Resolución 126/2008. Por paradójico resalto el modo en que las finalidades con que se crea la Resolución se afirman y se niegan al mismo tiempo (SCOTT, 2005). Siendo constituida como un marco político que (supuestamente) inaugura una atención especializada en salud para personas trans cubanas, es posible reconocer en la propia concepción de esta Resolución, aspectos constitutivos de una matriz de dominación que propicia la configuración de una ciudadanía trans marcada por condiciones de vulnerabilización y precariedad (BUTLER, 2006; BENTO, 2017).

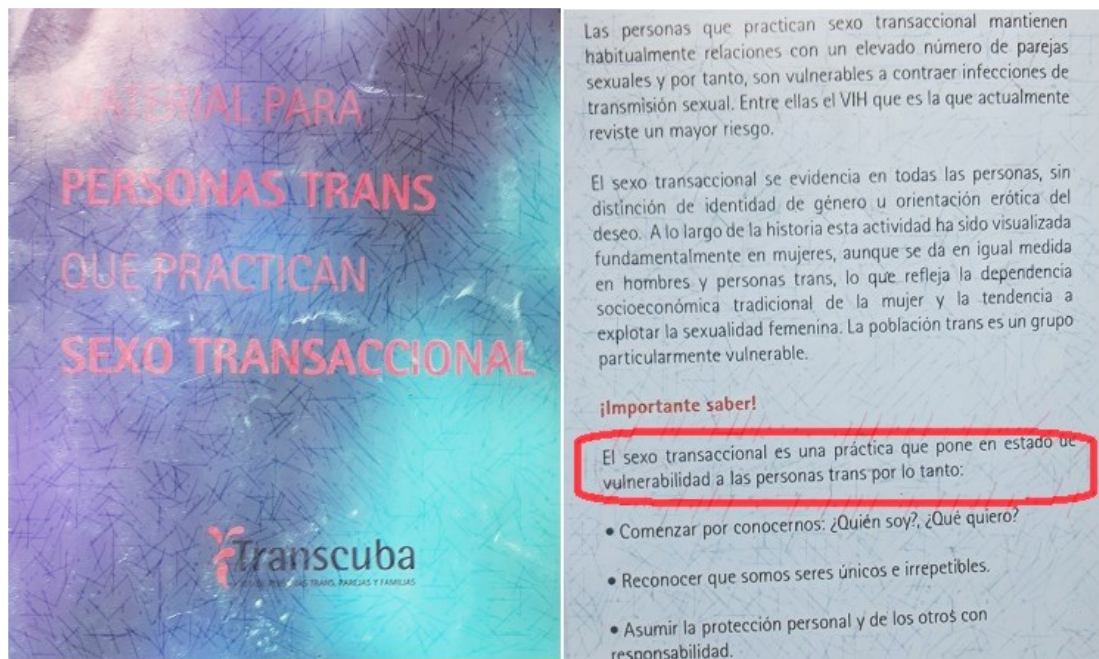
Es importante recuperar la idea de que las enunciaciones discursivas del documento operan como instancias productoras de significados, como un territorio en el que se hacen presentes y actuantes determinados procesos sociales (SAMPAIO; GERMANO, 2014). En este sentido, comienzo por las referencias al ordenamiento jurídico cubano expuestas en el primer tópico y que son usadas para respaldar la institucionalización/inauguración de servicios especializados en salud trans-específica. Tales alusiones me conducen a aventurarme en un ejercicio de rastreo genealógico (FERNÁNDEZ, 2007) para mostrar el modo en que esas enunciaciones a la par que respaldan la instauración de la salud trans-específica, revelan el carácter precario del reconocimiento de la experiencia trans en los servicios de salud pública.

Por medio de este breve rastreo genealógico intento observar críticamente cómo se da (antes de la Resolución) y cómo se mantiene (al interior de la Resolución) la (i)legitimidad de las personas trans como usuarias de los servicios de salud pública y, por ende, beneficiarias de una atención especializada con el mismo estatuto que otras poblaciones en el sistema nacional de salud pública. Remitiéndome a las piezas del ordenamiento jurídico invocadas en el texto

de la Resolución 126/2008, percibo que la Ley 41 de 1983 de la Salud pública, ya contemplaba el “derecho de toda la población a que se atienda adecuadamente su salud” (MINSAP, 2008, s/r). Así como esta ley lo permitía, el resto de las referencias citadas también respaldaban la posibilidad de asistencia trans-específica. Por tanto, estos ordenamientos, formulados en términos supuestamente universales e inclusivos, han estado concebidos al amparo de una lógica (privilegio) cisgénero, constituyéndose así en uno de los regímenes por medio de los cuales se ha retirado a las personas trans de las prioridades en salud, desde la propia creación del Ministerio de Salud Pública en 1963 y sus diferentes servicios y programas especializados.

Es significativo que tanto en la citada Ley 41 de 1983, como en el acuerdo del Consejo de Ministros que data de 1994, hay un apelo a que la salud pública se constituya como una respuesta a las necesidades de “toda la población” (MINSAP, 2008, s/r). Vale resaltar que no se trata de que la experiencia trans no haya ganado inteligibilidad en el sistema de salud previo a la formalización de la Resolución 126/2008. Como muestran otros registros documentales (Figura 6) esta población ha sido incluida, en determinados momentos, como “grupo de riesgo”, en tanto practicantes de sexo transaccional. Esta denominación - sexo transaccional - es un eufemismo usado en los discursos de salud pública del país para referirse al trabajo sexual practicado por travestis y mujeres trans, a mi juicio una lectura moralizante y una tentativa higienizadora del trabajo sexual. Cabe resaltar que la legislación cubana encara el trabajo sexual como un índice de peligrosidad social, siendo objeto de diferentes medidas que pueden incluir el internamiento de 1 a 4 años. En el caso del proxenetismo se encuentra tipificado como delito en el artículo 302.1-5 de la Ley No 62, del Código Penal (CUENCA, 2013).

Figura 6 - Material promocional utilizado en acciones de prevención en salud con personas trans que practican sexo transaccional



Fuente: Elaboración: CENESEX y Red Transcuba⁴³.

Así, pese a que determinados engranajes jurídicos en salud potencialmente habilitarían la existencia de servicios trans especializados, se observa que el foco preferencial con que ha sido entendida la transgeneridad colabora con una visión patologizante de la misma, a partir de la asociación de este grupo a determinadas enfermedades. Pese a que en el material promocional se admite que “sexo transaccional” es practicado por todas las personas, el mensaje de prevención de enfermedades de trasmisión sexual a raíz de esta práctica, se dirige exclusivamente a personas trans.

Si se piensa esa relación pasado-presente, ciertamente la Resolución 126/2008 significa un punto de inflexión ya que por primera vez hay una reglamentación de protocolos para la atención trans-específica en salud. En este sentido, la categoría “población en salud” muestra una apertura para un grupo históricamente estigmatizado. No obstante, el hecho de que la formalización de la asistencia trans-específica no ocurra por medio de los mismos marcos políticos usados para otras poblaciones (es decir, por medio de un Programa Nacional de Salud con una red de servicios extensiva a todo el país), es una manera de (re)situar la experiencia trans como el exterior constitutivo del sujeto universal de la salud pública.

⁴³ No se consigna el año de este material, presumiendo mi interlocutora que corresponde a la primera década de los años 2000 que fue cuando se iniciaron las jornadas de lucha contra la homo/transfobia- en las que ella participó y recibió este material.

Situar la experiencia trans en ese lugar, una especie de dentro/fuera (al final, un no-lugar) del sujeto legítimo/universal de la salud pública, es una forma de instaurar a nivel estructural, la precariedad en la atención en salud trans y reforzar la cultura hegemónica que establece al sujeto cisgénero y heterosexual como la encarnación del sujeto universal en salud. Leyendo esto con lentes mouffeanos, pueden identificarse al menos dos efectos de la imposición de esas fronteras simbólicas en torno a los sujetos de atención en salud.

Uno de esos efectos es la no apertura para el agonismo democrático como forma de concebir las políticas públicas. Operar con el agonismo y el pluralismo democráticos como guías, supondría dar espacio a la coexistencia de múltiples sujetos dentro del sistema de salud con el mismo estatus y legitimidad. Tanto aquellos que viven en conformidad con las normas de género (tratados como universales), como a las disidencias de género (tratadas como especificidades). Colocar la experiencia trans en ese no-lugar, es una forma de policar y mantener impermeables las ficticias fronteras de género que privilegian a la cisheteronormatividad como representante del sujeto/normal/universal del sistema de salud.

Consecuentemente, estos engranajes institucionales que (des)legitiman al sujeto trans, aseguran la conformación de una política pública de fachada. Esta designación se inspira en las reflexiones acerca de la trans-ciudadanía de autoras como Berenice Bento (2017), al referirse a las *gambiarras legais*, término que en los estudios trans brasileños, correspondería a lo que aquí se apunta. Por tal se entiende a aquellas políticas que, aún siendo formalmente establecidas para dar respuestas a demandas de grupos específicos, no introducen transformaciones sustanciales en la vida de poblaciones históricamente marginalizadas (MESTRE MALFRÁN, OLIVEIRA, LAGO, 2019).

Al observar los avances que distinguen a políticas públicas de salud cubanas que atienden a poblaciones heterosexuales y cisgéneros, nos percatamos que la Resolución 126/2018 no posee el mismo estatus dentro del sistema de salud cubano. Este marco político se configura como una paradoja en la que despatologizar las existencias trans significa (des)cuidar y (des)asistir (COACCI, 2019) a estas/os usuarias/os. Así, la Resolución 126/2008 reconoce apenas parcialmente la experiencia trans. En razón de ese reconocimiento precario, pese a que se integra al sujeto trans al sistema de salud, no se transforman radicalmente los términos cisnormativos que impidieron su reconocimiento previo y que, en el contexto de la Resolución se mantienen precarizando las respuestas políticas que, en tesis, atenderían integralmente sus demandas de salud.

Resumiendo, la ilegitimidad con que se asume la experiencia trans en el sistema de salud, equivale a un tipo de vulnerabilidad interseccional, específicamente lo que Crenshaw

(2002) ha designado como sub-inclusión. Si se considera que desde finales de los años 90 toda la atención en salud incorpora una “perspectiva de género”, y que el SNS cubano se organiza a partir del principio de la integralidad en salud, puede inferirse que, tanto la no inclusión de la experiencia trans, como su inclusión en los términos de una política pública de fachada, equivale a su ilegibilidad para un sistema que, aún cuando se propone replantear/inaugurar cuidados en salud, continúa operando con definiciones hegemónicas de género que, de antemano precarizan el acto de cuidado de las personas trans. Se trata de una “perspectiva de género sub-inclusiva” que no se extiende a la diversidad de cuerpos y géneros inconformes.

Otro asunto del documento que amerita un análisis más pormenorizado es el concerniente a la integralidad, la que es tomada como un eje que marca la formalización la atención trans-específica a partir de 2008. A este respecto se plantea que:

se hace necesario crear una Comisión Nacional de atención integral a personas transexuales [...] teniendo en cuenta que **las unidades hospitalarias, ante la ausencia de regulaciones, no han podido responder de acuerdo a las exigencias de calidad establecidas por el Ministerio de Salud Pública**, quedando demostrado a partir de tratamientos médicos incompletos o que carecen de integralidad (MINSAP, 2008, s/r, *destaques míos*)

Tales posicionamientos permiten observar que la integralidad enunciada en el papel, no garantiza necesariamente una materialización de este principio del SNS. Percibo que se dan dos condiciones en este marco institucional que actúan en detrimento de la integralidad en la atención trans-específica, implicando condiciones de desigualdad en el acceso y en la acogida de personas trans en los servicios de salud establecidos.

Por un lado, noto que es insuficiente la información que se provee en el corpus la Resolución sobre el proceso transexualizador⁴⁴, lo que contrasta con el hecho de ser el único documento de carácter público sobre la asistencia trans-específica en salud. Aun tratándose de un documento técnico, su carácter público lo torna un material imprescindible para la información y orientación sobre este proceso a las personas trans que demanden este servicio. Tal déficit de información contradice la intención de posicionar la atención trans-específica como una oferta integral en salud.

El tópico de la Resolución que trata de las especificidades del proceso transexualizador, informa sobre este en términos demasiado amplios, lo que limita la función orientadora de este documento. Así se refiere que “son funciones de la Comisión Nacional de

⁴⁴ Esto se torna mucho más explícito cuando lo comparo, por ejemplo, con el cúmulo de información que se provee en el documento normativo sobre la Reproducción Asistida, en el cual aparecen todas las técnicas de fertilización entre otras informaciones relevantes para usuarios/os y profesionales.

Atención integral a personas transexuales [...] aprobar de acuerdo a los criterios de elegibilidad y disponibilidad contenidos en los protocolos de tratamiento, la pertinencia o no de la cirugía de reasignación sexual” (MINSAP, 2008, s/r). Cuando se consulta la sección del glosario de términos en la que se describen estos dos criterios, nos encontramos con una definición tautológica que no dice nada al respecto de los mismos⁴⁵. Tal definición no expone de forma nítida ni en qué consisten los criterios de elegibilidad y de disponibilidad, muchos menos se describe el protocolo para la hormonización y/o cualquier otro tipo de demanda de las personas trans, susceptibles de ser realizadas a través del proceso transexualizador. Esta ausencia/insuficiencia de información pública induce una situación de precariedad.

Por otro lado, la integralidad en salud ha estado basada, entre otros criterios, en la articulación entre las diferentes instancias y niveles de atención que componen el sistema nacional de salud como fue mostrado en el capítulo 1. Sin embargo, las disposiciones recogidas en la Resolución destacan que:

considerando la importancia de elevar la calidad en el servicio especializado que se presta a las personas transexuales cubanas, se hace necesario crear un Centro de atención a la salud integral de las personas transexuales, con el objetivo de **unificar, organizar y garantizar los servicios requeridos [...] como la única institución del Sistema Nacional de Salud, autorizada para realizar tratamientos médicos totales o parciales de reasignación sexual** (MINSAP, 2008, s/r, *destaques míos*).

Los fragmentos destacados de la frase anterior tienen por fin ilustrar el carácter paradójico con que se constituye el servicio de salud trans-específica. Si se asume como un indicador de la integralidad en salud el acceso irrestricto a la misma (VALENTI, 2015), puede concluirse que la centralización de estos servicios en el CENESEX y la ausencia de vínculos inter institucionales entre la sede central e instancias municipales, provinciales y locales, de por sí crea condiciones de desigualdad en el acceso y atenta contra la posibilidad de acoger a la totalidad de personas trans que demanden estos servicios. Se trata de una distribución desigual de asistencia en salud, tanto a nivel territorial, como en comparación con otras poblaciones atendidas en el SNS. No debe dejar de considerarse que la existencia de servicios de salud deficitarios para la población trans, puede ser un indicio de violencia cis-sexista (VERGUEIRO, 2015) presente en las instancias institucionales. Considerando este punto, la forma en que se institucionaliza esta atención en salud, deja prácticamente intacto a un orden social transfóbico.

⁴⁵ Ver <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=191>

Una muestra fehaciente de la transfobia presente en la sociedad cubana, se evidencia en los resultados de una encuesta realizada a decisores políticos sobre la integración social de personas transexuales en Cuba. De acuerdo con Castro (2017) los decisores encuestados estiman que “estas personas tengan sus espacios de convivencia propios, apartados y diferenciados de los espacios para personas con identidad heterosexual y masculina-femenina” (p.140). Algunos encuestados subrayaron que “el sistema político-social [...] no debe implementar mecanismos, la población es la que debe reconocer y acoger [...] a los transexuales [...] en la medida en que sean capaces de ganar el respeto de los demás” (CASTRO, 2017, p.141). Baste destacar que los encuestados fueron representantes de organismos de la administración del Estado, como fiscales y otros decisores políticos.

Retomando la distribución desigual de asistencia en salud que quedó demostrada, es oportuno decir que la misma produce varias instancias de subordinación para usuarias/os trans, tales como: 1) la asimetría en el acceso a la salud de la población trans en comparación con otras poblaciones para las que se disponibilizan servicios a nivel provincial, municipal y local; 2) la asimetría en el acceso a los servicios de salud trans-específica entre usuarias/os trans de la capital, para quien el servicio se torna potencialmente accesible, y personas trans del resto del país; configurando un tipo de habano-centrismo⁴⁶ 3) la no disponibilización de condiciones materiales y financieras que facilitarían el traslado y consecuente acceso al servicio centralizado en la capital del país; 4) la inexistencia de una infraestructura que garantice la permanencia en la capital mientras dura la asistencia en salud, aún más considerando que, como resultado de la transfobia vigente en la sociedad personas trans ven afectadas sus redes de apoyo social y familiar, como se verifica en el estudio de Castro (2017). Se constata así que la igualdad e integralidad pretendida en la R126/2008, dista de materializarse en la práctica.

La vulnerabilidad interseccional (CRENSHAW, 2002) asociada a la salud trans-específica entrecruza varias instancias de subordinación: falta de reconocimiento de la población trans en el SNS, falta de información suficiente sobre el proceso transexualizador, ausencia de infraestructuras que apoyen la movilidad y permanencia para acceder al servicio de salud, y escasas articulaciones institucionales entre centro y periferias. Esta vulnerabilidad interseccional se da en virtud de un privilegio cisgénero y territorial como marcadores sociales que pautan el SNS.

⁴⁶ Mi intención al usar este término es subrayar el modo en que los saberes, experiencias y agendas de la capital son generalizadas a todas las regiones del país, sin tomar en consideración la diversidad y autonomía de dichas regiones. No se trata de un fenómeno exclusivo de Cuba, siendo una tendencia más o menos general el hecho de que las capitales de países funcionen como centro y todo lo que se sitúa fuera de la capital como periferia.

La centralización de los servicios en la capital de país, también implica la institucionalización de un privilegio epistémico (GROSFOGUEL, 2013) que otorga el status de superioridad a los saberes producidos por profesionales de este servicio centralizado. A la vez se produce una inferiorización epistémica de los saberes de profesionales de los territorios de fuera de la capital y una anulación de las personas usuarias y sus respectivos conocimientos también. El vector territorial es un eje de desigualdad tanto en lo que respecta a la inexistencia de otros servicios trans en el país, como en lo relativo a la marginalización de saberes excéntricos. El proceso transexualizador se constituye así en una oferta de salud precarizada a partir de los engranajes antes descritos que conforman una matriz de dominación, en la que resaltan cuestiones estructurales, así como del dominio disciplinar y hegemónico.

3.1.2: Instancias jurídicas y de salud: entre alianzas ciscoloniales y aperturas democráticas para una política ciudadana trans-crítica.

Como ha afirmado Viviane Vergueiro (2015), los derechos trans-ciudadanos se ven impactados por las alianzas patologizantes que históricamente se han establecido entre lo que ella denomina como *cistemas* legales y *cistemas* de salud, en tanto instancias en las que la normalización cisgénero produce efectos de invisibilización, inferiorización y exposición a la violencia de las existencias trans. A su vez, la autora defiende que el sistema hegemónico de género que orienta las prácticas en salud y las acciones jurídicas hacia personas trans, está profundamente imbricado en procesos de colonialidad.

Para entender la normatividad cisgénero como parte constitutiva de la colonialidad, es preciso atender a “la continuidad y actualidad del proceso colonizador” (NÚÑEZ, 2020,p.1). Siguiendo las reflexiones de Aníbal Quijano (2009) y Walter Dignolo (2009), tanto Viviane Vergueiro (2015) como Geni Núñez (2020) entienden la colonialidad como el patrón de poder que, teniendo sus raíces en los procesos de colonización, continúa operando a través de jerarquías territoriales, epistémicas, económicas, ontológicas. Por ende, el género y la sexualidad forman parte de esos procesos históricos de construcción del “otro” como inferiorizado. Es dentro de esta perspectiva que Viviane Vergueiro (2015) se propone pensar

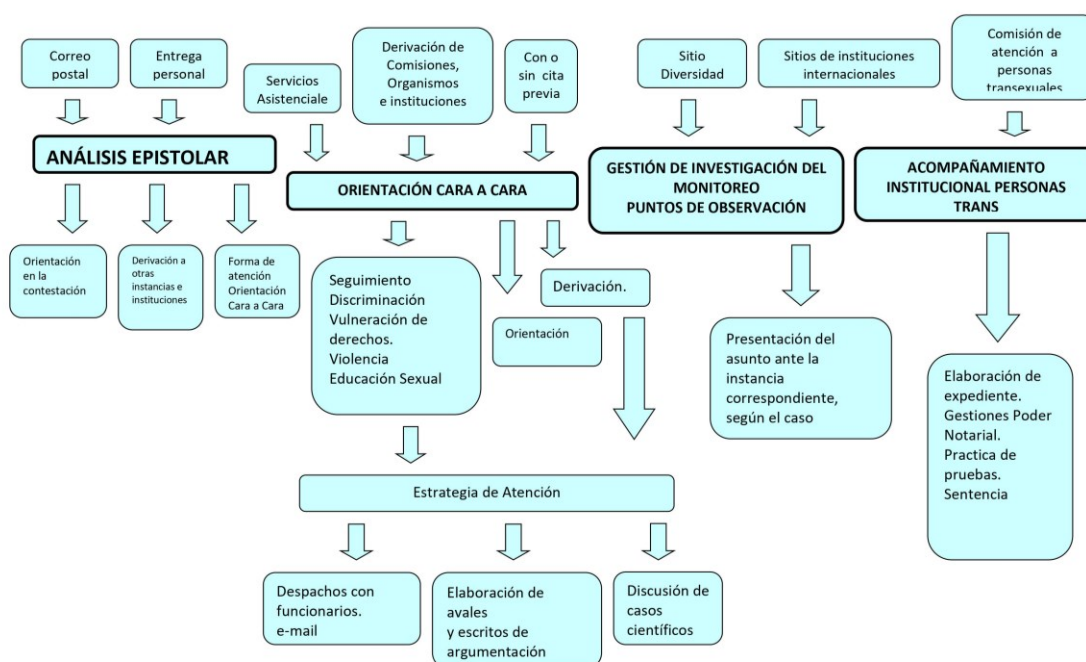
a normatividade cisgênera enquanto um conjunto de dispositivos de poder colonialistas sobre as diversidades corporais e de gênero, sendo tais dispositivos atravessados por outras formas de inferiorização, marginalização e colonização interseccionais [...] os processos normativos que constituiriam colonialidades sobre as diversidades corporais e de identidades de gênero [...] também podem ser compreendidos como violências de caráter cissexista – cissexismo que é

institucionalizado e producido a partir de culturas e sociedades atravesadas por colonialidades interseccionais (VERGUEIRO, 2015, p.72, 74)

Estas reflexiones fueron cruciales para el análisis de las partes del documento R126/2008 que aluden a acoplamientos entre el sistema jurídico y el sistema de salud como espacio en el que se negocian derechos trans-ciudadanos, principalmente el derecho a la autoidentificación de personas trans. Precisamente dentro de los términos de negociación de este derecho, destaca su supeditación a un régimen de autorización (BENTO, 2008), pues el acceso al cambio de nombre y sexo, están regulados inicialmente por la emisión de un certificado de “transexualidad verdadera”, por parte de la Comisión Nacional de atención integral a personas trans. A esto siguen un conjunto de acciones jurídicas que describo en las líneas que siguen.

Como se muestra en el flujograma elaborado por la abogada Zulendrys Kindelán (Figura 7), desde el año 2007 fueron creados los servicios de orientación jurídica (SOJ) del CENESEX, a los que se accedía por diversos canales como el correo postal, sitios y páginas webs, contacto cara a cara, entre otros. Esto evidencia una férrea voluntad institucional de atender por diferentes vías a diversos sectores de población, cuestión que merece destaque. En este sentido se definieron dos líneas de trabajo del SOJ, una de ellas referida a la recepción de demandas jurídicas y su debido encaminamiento a las instancias resolutorias; y las prácticas jurídicas asociadas al proceso transexualizador.

Figura 7 - Flujograma de los servicios de orientación jurídica



Fuente: Elaboración Zulendrys Kindelán Arias (2007).

Tal y como se muestra en el flujograma, la Comisión Nacional de Atención a personas transexuales constituye el primer espacio donde el derecho a la autoidentificación de personas trans comienza a ser negociado. A partir de ahí se despliegan un conjunto de acciones jurídicas (acompañamiento institucional) que conducen a la materialización de la demanda del cambio de nombre y sexo en los documentos registrales de personas trans. Los fragmentos que siguen, (reproducidos casi en su totalidad dada la ausencia de otros registros que cuenten esa historia) nos aproximan al trabajo fundacional en el ámbito de las articulaciones del poder biomédico y del poder jurídico para el acceso a este derecho por parte de personas trans cubanas:

...el tema es que en aquel tiempo para solucionar los cambios del dato nombre, que es uno de los aspectos que conforma el estado civil de las personas, del carnet de identidad, **se llevaba el asunto como un proceso ordinario relacionado con el estado civil**, en el que **demandábamos el cambio en los datos del estado civil, en este caso era el nombre**, [...]siento que era como parte de la parafernalia y el efecto circo, **los jueces se les presentaban los expedientes donde se demostraba que la persona cambiaba su aspecto y por tanto pretendía cambiar su nombre, ellos solicitaban como parte del proceso una prueba de reconocimiento de personas**, o sea, **había que ir al tribunal y que el juez viera por sí, a la persona como parte de las pruebas**, yo sentía que era lo que te digo porque las fotos, resumen de historia clínica era más que suficiente, para mí, pero bueno yo no era la jueza y **la convicción de un juez es un proceso que es muy difícil cuestionar** (ZULENDRYS KINDELÁN ARIAS, entrevista, septiembre de 2019, *destaques míos*).

Opto por comenzar a analizar estas declaraciones, inspirada en algunas reflexiones de Thiago Coacci (2018a) sobre el derecho y las transexualidades en el contexto brasileño. El autor destaca que una singularidad de las ciencias jurídicas es su eterna incompletud, en virtud de lo cual “a própria lei prevê que algumas respostas jurídicas possam derivar de outros lugares que não seja de uma lei escrita” (COACCI, 2018a, p.19). A partir de este presupuesto es posible examinar para dónde decide inclinarse el derecho y sus profesionales cuando la práctica jurídica no tiene espacio para lo “imprevisto” o lo no inscrito en la ley, cuestión que en el caso que se analiza correspondería al derecho de las personas trans a modificar su nombre y sexo, en razón de la autodeterminación de género.

Se percibe que una parte constitutiva de la actuación jurídica se traduce en una postura de *Ojo de Dios* (HARAWAY, 1995; GROSGOUEL, 2013) de los jueces que, tomando al otro como objeto de escrutinio, accionan procedimientos “jurídicos” de fiscalización del cuerpo trans, exotificación, infantilización, tutela, en fin, deshumanización de las personas trans. Estamos así en presencia de un dispositivo colonial que da forma a esa práctica jurídica de negociación del derecho a la autoidentificación de personas trans. La conformación colonial del dispositivo jurídico se expresa en la expulsión del sujeto trans para esa “zona del

no-ser fanoniana o a la exterioridad dusseliana” (GROSFOGUEL, 2013, p.52), cuya humanidad solo podrá ser ratificada por el “*ojo de Dios*” del juez que exige la presencia delante de sí del sujeto demandante, para componer en el “circo” de la cisnormatividad, como lo califica la informante.

Obviamente este dispositivo colonial que caracteriza a la actuación jurídica se da en alianza con por un poder biomédico representado por la Comisión Nacional de Atención integral a personas transexuales que, de antemano encuadra las demandas por rectificación de nombre en el orden de lo patológico, contribuyendo con la construcción de las subjetividades trans como desvíos. Continúa relatando la informante:

Entonces el poder notarial era para dar facultades a un abogado en ejercicio, que ya murió y siento que nunca se le reconoció lo suficiente que se contrataba para actuar en nombre de ellas, nosotros CENESEX (SOJ), ayudábamos al abogado a elaborar la demanda **aportándole los elementos de juicio desde el punto de vista científico, teórico, y tal**, lo ayudábamos a conformar su caso aportando las pruebas documentales, resumen de historia clínica, fotos, etc. (Zulendrys Kindelán Arias, entrevista septiembre de 2019, *subrayado mio*).

Como afirma Coacci (2018a) y como se aprecia en la parte subrayada, los profesionales del derecho van a hacer usos estratégicos de discursos científicos para negar o conceder pedidos jurídicos tales como los relativos la modificación de nombre y sexo. La cuestión más importante no radica en los acoplamientos en sí mismos entre el Derecho y otros saberes, toda vez que los engranajes jurídicos intervienen en varias dimensiones de la vida de toda la ciudadanía. Lo más relevante reside en los efectos que se derivan de las interconexiones entre saberes científicos y acciones jurídicas, siendo posibles tanto efectos patologizantes, de normalización de un orden hegemónico, como aperturas democráticas (COACCI, 2018a). Precisamente, los posicionamientos institucionales que se comprometen con el respeto a la autonomía de las personas trans, se hacen evidentes en algunos pasajes del relato de la informante, en el que destaco algunas frases ilustrativas:

también lo que hacíamos era hablar con el tribunal previamente para que tuviese una actitud respetuosa durante la práctica de prueba, que participaran estrictamente las personas que realmente necesitaban estar **y eso sí se consiguió**, que la persona no se sintiera examinada u observada, que todo fluyera de la manera más natural posible, aunque de hecho ya ir allí era un examen que siempre me pareció como horrible, pero eran los primeros casos en el país ya no había nada ni lo mínimo, las trans presionando porque lógicamente con la reasignación ya no tenía ningún sentido no cambiar sus datos, **la dirección de CENESEX también estaba apurada en mostrar lo positivo del Resolución 126 porque la elaboramos con muchos obstáculos, y resistencias y había que demostrar que era necesaria**. Luego el tribunal dictaba una sentencia y con esa sentencia íbamos a las distintas Oficinas del carnet de identidad y cambiábamos el nombre, no así el dato sexo en los carnets de muchas, al principio solo era de las que se reasignaban. Ahora no sé cómo

siguió este tema y cómo se hace ahora (ZULENDRYS KINDELÁN ARIAS, entrevista septiembre de 2019, *destaques míos*).

Si bien merecen destaque este tipo de acciones como las desplegadas por el CENESEX en función de la humanización del acceso a la ciudadanía de personas trans, es preciso reconocer su insuficiencia, especialmente cuando se constata que las condiciones actuales en las que este derecho trans-ciudadano es negociado, no cambiaron radicalmente desde 2007 hasta la fecha.

De acuerdo con lo referido por Ivón Calaña (2020) las condiciones actuales en las que se da el proceso de cambio de nombre y sexo de personas trans, continúan pautadas por un régimen de autorización y tutela, en la que persiste la obligatoriedad de la cirugía de transgenitalización, la emisión de documentos probatorios por parte de la Comisión Nacional de Atención Integral, inclusive se requiere la presencia de los progenitores de la persona trans demandante de este derecho, entre otros requisitos⁴⁷ que caracterizan este proceso como un acto de vulnerabilización que “genera malestar y desamparo legal a las personas trans, principalmente a aquellas que deciden no reasignarse genitualmente o que por cuestiones médicas no pueden acceder al proceso” (CALAÑA, 2020,p.38).

Este estado de cosas también nos indica algunos caminos posibles para repensar aperturas más democráticas en el seno de la asistencia trans-específica en su nexos con otros derechos trans-ciudadanos, lo que pudiera ser englobado dentro una política trans crítica (SPADE, 2015). Por tal se entiende a una política que no se circunscribe a pedir derechos, sino que observa el modo en que las normas de género afectan la vida de las personas trans. Por otro lado, este tipo de política analiza “cómo los sistemas administrativos, en general, son lugares de producción e implementación del racismo, xenofobia, sexismo, transfobia, homofobia y capacitismo, bajo una apariencia de neutralidad” (SPADE, 2015, p.142), y a partir de ahí se plantea estrategias de resistencia frente a esos sistemas.

Dentro de los caminos posibles para una política trans crítica en el ámbito de la salud, destaco la necesidad de que las interlocuciones que establezcan entre los protocolos de asistencia en salud y las actuaciones jurídicas, tengan en cuenta a las contribuciones críticas de las teorías y movimientos sociales trans y transfeministas, en tanto un campo de saberes con potencialidad emancipadora. Esta necesaria interlocución entre política trans y epistemologías transfeministas (y otros saberes críticos) implicaría una ruptura con concepciones patologizantes y esencialistas. Una política que resignifique las nociones de

⁴⁷ Una descripción exhaustiva y actualizada sobre cómo transcurre este proceso y cuáles son sus requisitos puede ser consultada en el libro “Derechos sexuales en Cuba. Pautas para el desarrollo efectivo del Servicio de orientación Jurídica del Centro Nacional de Educación Sexual” de la autoría de Ivón Calaña, 2020.

“normalidad” en base a las que los poderes biomédicos y jurídicos categorizan a determinadas experiencias como desvíos y se autorizan a corregirlas. Por fin, una política trans crítica orientada por una concepción de género que contemple la multiplicidad de expresiones e identidades, tomando a todas ellas como fuentes de derecho. Sobre este aspecto se concentra la última reflexión analítica en torno al documento de la R126/2008.

3.1.3 Produciendo el sujeto transexual de la Resolución 126/2008 del MINSAP.

Como se ha venido discutiendo a lo largo de esta tesis, los documentos de las políticas públicas producen cosas por medio de las proposiciones que enuncian. Uno de los efectos de ese poder demarcador, es la propia producción del sujeto trans que posteriormente la política dirá que va a representar, acoger, asistir. Como asegura Judith Butler (2007)

el problema del sujeto es fundamental para la política y concretamente para la política feminista, porque los sujetos jurídicos siempre se construyen mediante ciertas prácticas excluyentes que, una vez determinada la estructura jurídica de la política, no «se perciben» [...] El poder jurídico «produce» irremediablemente lo que afirma sólo representar; así, la política debe preocuparse por esta doble función del poder: la jurídica y la productiva (Butler, 2007, p.47, 48).

Teniendo este marco analítico de referencia, me propuse observar las versiones e imaginaciones sobre el sujeto trans (BARBOSA, 2015) que son producidas en los marcos de la R126/2008, entendiendo que las mismas orientan la práctica profesional de los especialistas en salud. Una de las formas de producir el sujeto transexual es por medio de la cisión de partes de su cuerpo y de la clasificación dualista de las intervenciones médicas concebidas para responder a sus demandas, recurriendo para ello a nociones de totalidad versus parcialidad tanto de las personas trans como de las intervenciones que podrán demandar.

En el enunciado referido a los criterios de elegibilidad se plantea que la cirugía de reasignación sexual es el fin, la meta y marca distintiva del sujeto transexual (MINSAP, 2008). Además de producirse una esencialización de la transexualidad que pasa a ser definida por medio de la cirugía, se opera con una lógica cartesiana que ecuaciona la transexualidad a partes del cuerpo, dando énfasis a la genitalidad a expensas de la invisibilización de otras demandas por transformaciones físicas como puede ser la rinoplastia u otro tipo de cirugía facial, entre otras posibles.

Si se observa la manera como es definida la cirugía de trans-genitalización, notamos que ella contempla a una multiplicidad de procedimientos, inclusive de tipo psicológico, lo que es bastante llamativo si se piensa que la Psicología no debería orientarse ni éticamente ni

profesionalmente por ningún procedimiento que implique reasignar a alguien a alguna condición; sin embargo esta es colocada en este conglomerado de procedimientos con el mismo estatus que los procedimientos quirúrgicos, lo que revela a una Psicología que se orienta por un paradigma patologizante.

Tal cuestión se refuerza también por medio de la alusión a estos procedimientos como estando orientados a un fin de corrección y de restitución de una supuesta coherencia sexo-género. Al afirmar que se trata de “procedimientos [...] que tratan de corregir las características propias del sexo a la identidad de género de la persona transexual” (MINSAP, 2008) se pone de manifiesto una matriz heterosexual (BUTLER, 2007) como fundamento que construye la visión del sujeto transexual y orienta las intervenciones médicas dirigidas a este. A partir de ese entendimiento se construye al sujeto transexual como un cuerpo para ser concertado, si no en su totalidad, al menos en algunas de sus partes ya previamente diseccionadas.

Otro de los aspectos que destaca en la conceptualización de las cirugías de reasignación sexual, es la tipificación de “tratamiento parcial” para referirse a la opción de una persona trans por al menos uno de estos procedimientos, acentuándose que “el tratamiento total” correspondería a la utilización de todos ellos. En esta perspectiva de la parcialidad versus totalidad se reinscribe la experiencia trans en esa lógica cartesiana que define los términos de la intervención desconociendo su sentido para la propia persona demandante de la asistencia trans-específica.

Otro de los argumentos que intervienen en la construcción del sujeto transexual es la salud mental, mencionada en los criterios de disponibilidad. Según se consigna en la R126/2008, los criterios de disponibilidad conciernen a “criterios objetivos y específicos que afirman la consolidación posterior de la identidad de género o mejoría de la salud mental durante la experiencia de vida real” (MINSAP, 2008, s/r). De esta perspectiva resulta la construcción del sujeto transexual como un ser inherentemente enfermo quien, de forma compulsoria deberá ser objeto de intervenciones psicoterapéuticas. Tal construcción también sirve a los fines de individualizar el sufrimiento de personas trans, desplazando del foco del análisis a la transfobia social como fuente de las violencias sistemáticas hacia las mismas.

Por último, la construcción del sujeto transexual como el beneficiario de la asistencia trans-específica, se da tanto a través del uso de una nomenclatura única de forma esencializada (transexuales como aquellos que irrecusablemente desean la cirugía) como a partir de la invisibilización de la multiplicidad de identidades trans, dígame travestis, transgéneros, personas no binarias, retirándolas por tanto de la posibilidad de la asistencia

trans-específica. Por otro lado, la invisibilización de la pluralidad de existencias trans ocurre también a través de la adopción de un modelo binario del género, por parte de la R126/2008. Así, por ejemplo, los procedimientos quirúrgicos son catalogados como masculinizantes y feminizantes, con lo cual se construye el cuidado teniendo como referencia a la ontología de la diferencia sexual, supuestamente natural.

El análisis realizado permite identificar la existencia de una matriz de dominación (COLLINS, 2019) en torno a la asistencia trans-específica que contempla premisas ontológicas insidiosas sobre el sujeto transexual imaginado en los marcos de la Resolución 126/2008, negligencias institucionales, jerarquías epistémicas, y territoriales. Estos vectores interseccionados instauran subordinaciones/privilegios que implican una distribución desigual de la asistencia trans-específica. Así, en la dimensión estructural que integra esa matriz de dominación, se destaca la centralización de los servicios de salud trans en la capital del país y la desarticulación entre sede central e instancias de salud provinciales y locales que garanticen el alcance de estos servicios a todas las/os usuarias/os potenciales del país.

A nivel del dominio hegemónico en tanto esfera que contiene a ideales y regulaciones hegemónicas, muchas veces condensadas en símbolos e imágenes (COLLINS, 2019) se identifica una construcción del sujeto transexual como usuario/a ilegítimo/a del sistema de salud, lo que ayuda a preservar y reforzar la posición jerárquica del sujeto “universal” del SNS, respectivamente cisgénero. La R126/2008 posiciona así al sujeto trans en un limbo político que denota la prevalencia de marcos cisnormativos intervinientes en la definición de prioridades en salud.

El dominio disciplinar de la matriz, se da a partir de una combinación de mecanismos burocráticos que, por omisión, obstruyen el acceso integral a la asistencia trans-específica (tal es el caso de la falta de información pública sobre el proceso transexualizador), junto con dispositivos cis-coloniales que despliegan acciones jurídicas y médicas de verificación, corrección de los cuerpos trans y vigilancia de los mismos, a partir de un ideal cis-centrado de humanidad. Estos mecanismos se revelan por su vez en las rutinas institucionales, mostrando así la estrecha imbricación entre el dominio disciplinar e interpersonal como conformadoras de la matriz de dominación en este ámbito.

3.2. LA INVENCIÓN DE LA “PAREJA INFÉRIL”: FICCIONES HETERONORMATIVAS DE LA REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA.

“La reproducción es un acto de comunismo somático. [...] Un espermatozoide no se encuentra nunca con un óvulo de forma ‘natural’. Los úteros no se embarazan de forma espontánea, ni los espermatozoides viajan por instinto en busca de óvulos por las calles”
(PRECIADO, 2019, p.69, comillas del autor).

El documento titulado “Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil” es un manuscrito producido por el MINSAP en el año 2012 como material de referencia para la reglamentación de la atención a la infertilidad en la red del sistema de salud pública cubana. El texto consta de once acápites que se refieren a los siguientes aspectos: 1) reglamento para el funcionamiento de la red en la atención a la pareja infértil en el sistema nacional de salud, 2) protocolos para la atención primaria de salud, 3) protocolos para la atención secundaria de salud, 4) esquemas de estimulación de la ovulación, 5) ética médica y reproducción asistida, 6) y 7) modelo e información básica para el consentimiento informado, 8) compromisos del profesional entrenado para la atención a la pareja infértil, 9) historia clínica para mujer y hombre atendidos por infertilidad, 10) modelos de evaluación en salud mental, 11) modelo único de remisión a la Comisión Nacional (MINSAP, 2012).

Cada una de las secciones del documento ameritaría un estudio en profundidad por la relevancia de sus informaciones para comprender las dinámicas de la reproducción asistida por el Estado, tarea que puede tener continuidad en futuras investigaciones. Ateniéndome a lo declarado en el capítulo 2, retomo la idea de que el énfasis en este estudio está puesto en la dimensión simbólica de las políticas públicas, en tanto reveladora de culturas e ideologías que están imbricadas en esos dispositivos de administración de las poblaciones, delimitando qué formas de vida son posibles y deseables (GIOVANNI 2009; SAMPAIO; GERMANO, 2014).

Por tal razón, pese a que fueron examinados minuciosamente todos los apartados de este documento, me circunscribí al análisis de la sección 5 del documento del PNAPI (pág. 48-62), por considerar que las enunciaciones sobre la ética médica en la reproducción asistida condensan las regulaciones hegemónicas sobre la asistencia en salud reproductiva, contribuyendo a dilucidar la infraestructura normativa (PÉREZ NAVARRO, 2019) sobre la cual descansan las opresiones/privilegios interseccionales que impactan a los proyectos de reproducción heterosexual y otros que se desmarcan de la hetero-cisnorma. Subrayo, por tanto, que las referencias a informaciones de otras secciones del documento serán usadas

apenas para complementar el principal foco de análisis elegido. Se incluyen aquí también las informaciones ofrecidas por Aurora, especialista del servicio de salud reproductiva.

3.2.1 La heterosexualidad como régimen de inteligibilidad de la política pública de reproducción asistida.

Es importante comenzar subrayando que el programa nacional de reproducción asistida se crea para dar respuesta a la infertilidad, considerada como un problema de salud. Sobre la base de esta delimitación que busca ordenar los procesos de regularización y control estatal del campo reproductivo, el PNAPI declara algunas de sus posturas, de las que tuve a bien destacar algunos fragmentos relevantes para el análisis que me propongo. De acuerdo con lo expuesto en el documento:

la Reproducción Asistida (RA) una tecnología Pro-Vida al servicio de las **parejas infértiles** [...] teniendo en cuenta la importancia de la **infertilidad humana como un problema de salud**, con implicaciones biológicas, psicológicas y sociales, y **el deseo por superar esta problemática** [...] la demanda de estas técnicas existe en nuestra sociedad [...] las TRA se realizarán **cuando otros tratamientos de infertilidad hayan fallado o no exista la posibilidad de otro tratamiento**, y sólo cuando hubiera probabilidad de éxito y no existan riesgos notables que pudieran afectar negativamente la salud y bienestar de la madre y del futuro niño o niña (MINSAP, 2012, p.53, 54, 55, *subrayado de la autora*)

Es significativo destacar que, en otros países de América Latina, como es el caso de Brasil, los servicios de reproducción asistida extrapolan la finalidad de resolver problemas de infertilidad asociada a una conyugalidad heterosexual, teniendo como destinatarias a todas las personas que soliciten este tipo de procedimientos, incluyendo a parejas homoafectivas que no necesariamente tengan un diagnóstico de infertilidad (AMORIM, 2018)⁴⁸. Por consiguiente, la regulación del acceso exclusivamente a partir del diagnóstico de infertilidad muestra una concepción un paradigma de salud centrado sobre todo en la cura. Por otro lado, este marco regulatorio define los sujetos que ganan reconocimiento como pacientes posibles de la reproducción asistida por el Estado, de manera que es posible encarar con un cierto recelo que la política sea apenas, una respuesta directa al problema de la infertilidad.

⁴⁸ De acuerdo con la investigación de Ana Carolina Horstmann Amorim (2018), el acceso a la reproducción asistida en Brasil tiene un significativo recorte de clase, ya sea que se realice en clínicas privadas o a través del sistema único de salud (SUS). Cuando es realizado a través del SUS, y en el caso particular de la donación de semen, esta última no es costeadada por el gobierno y el semen del donador anónimo debe ser comprado en un banco de semen específico. Por ende, el acceso a las TRA va estar condicionado por la disponibilidad de recursos financieros.

De esa concepción de la asistencia reproductiva como cura y de la infertilidad como un problema de salud que es resuelto por medio de esta cura, cuando otras estrategias reproductivas “fallan”, derivan al menos dos cuestiones dignas de ser observadas: el modo en que comparece la Medicina para asistir al sujeto reconocido como beneficiario de las TRA y las propias retóricas que forjan a este sujeto.

La infertilidad se enuncia como un problema que requiere “excepcionalmente” una mediación tecnológica proporcionada por un gesto humanitario de la medicina que se dispone a materializar el deseo por hijos de futuras ma/padres y en función del “bienestar de la madre y del niño”. A partir de esa construcción ficcional de excepcionalidad de la intervención tecnológica sobre cuerpos que no se pueden reproducir “naturalmente”, la Medicina acude con un posicionamiento salvacionista, ocultando así que la mediación tecnológica es una condición que se extiende a todas las personas que desean parir y gestar. En este sentido comparto el escepticismo de Paul B. Preciado (2019) respecto a la dicotomía reproducción “natural” versus reproducción “asistida”.

Preciado (2019) parte del argumento de Donna Haraway (2009) de que todas las personas somos, queriendo o no, desde siempre ya *cyborgs*, para afirmar que los discursos que apelan a la idea de una reproducción natural versus otra artificial, olvidan las coreografías sociales y políticas que son requeridas para todos los procesos de reproducción sexual. Asegura el autor que “con independencia de que la inseminación se lleve a cabo con un pene o con una jeringa o sobre una placa de Petri [...] ningún cuerpo humano puede reproducirse fuera de agenciamientos sociales y políticos colectivos” (PRECIADO, 2019, p.69). Es decir, todos los animales humanos gestionan el proceso de procrear a otros humanos de forma políticamente asistida, con el auxilio de prácticas sociales más o menos estandarizadas.

En otras declaraciones del documento, la reproducción asistida es presentada como soporte para la materialización de un deseo, y a partir de ahí el ejercicio profesional de la Medicina se coloca con un tono un tanto romantizado, tal y como se nota en fragmentos como el que sigue:

La reproducción asistida es [...] sin duda una actividad lícita moralmente, por cuanto **lo que persigue es el bien y la felicidad de los otros y en ello encuentra la ciencia médica la oportunidad de demostrar su papel de defensora de la pareja y de la sociedad**, pues su acción va a favorecerlas a ambas: a aquella propiciando su descendencia; a esta, dándole solidez y sentido a la familia (MINSAP, 2012, p.49, *destaques míos*).

Siguiendo las proposiciones analíticas de Ana María Fernández (2007), este juego de exaltaciones y negaciones, pone en evidencia el modo en que la reproducción asistida se reviste de una moralidad que excede su constitución como una mera respuesta médica a un

problema de salud. Al sustentarse en esa moralidad, su defensa de la felicidad es selectiva y, por ende, presupone que el conjunto de existencias que se sitúan por fuera de la pareja heterosexual y del modelo de familia nuclear, no serían merecedoras de tales esfuerzos/sacrificios de la medicina.

Es significativo observar cómo de un problema de salud – la infertilidad – el lenguaje biomédico deriva otra categoría: “la pareja infértil”. Esta construcción me parece que también excede y al mismo tiempo, enmascara la dimensión estrictamente médica con que se presentan las técnicas de reproducción asistida en tanto respuestas a un problema de infertilidad. Considero que, así como las TRA se sitúan en la intersección naturalezacultura, la categoría “pareja infértil” pone en escena la histórica y recurrente (con)fusión de fronteras entre un orden “natural” y otro “artificial”.

A lo largo del documento examinado, la infertilidad se define como el resultado de la presencia de diversos factores que aparecen indistintamente en cuerpos asignados al género femenino y asignados al género masculino. Así, se resaltan causas cervicales, uterinas-endometriales, tubáricas, ováricas, vulvares, vaginales, hormonales y/o inmunitarias, psicógenas y causas generales. A su vez, se tipifica como infertilidad masculina a aquella causada por factores anatómicos, endocrinos, genéticos, inflamatorios, inmunológicos, disfunción sexual, exposición a radiaciones, traumas y factores exógenos (MINSAP, 2012).

Se trata, en definitiva, de cuerpos portadores de algunas condiciones que, bajo la acción de determinadas intervenciones médicas, adquieren la posibilidad de gestar y parir. Cuerpos mediados tecnológicamente, por ende, esa categoría que el discurso biomédico construye - “pareja infértil” se sitúa en la ontología del *cyborg* (HARAWAY, 2009). Como afirma Donna Haraway (2009) “la medicina moderna está repleta de ciborgues, de fusiones entre organismo y máquina” (p.36), de ahí que la categoría “pareja infértil” es una más de entre tantas conjugaciones biomédicas, una producción discursiva que lejos de describir una realidad preexistente, crea una posición de sujeto.

Esto no niega que la búsqueda por TRA pueda ser, de hecho, un proyecto compartido por una pareja, y como tal, constituido dentro del universo simbólico de los miembros de la misma (AMORIM, 2018). El punto a resaltar, es que tal categoría monolítica no preexiste al discurso biomédico, sino que corresponde a los engranajes de poder de este discurso y, como tal su producción se inscribe en las infraestructuras normativas de la reproducción, pensada como exclusivamente heterosexual, cisgénero, monógama (PÉREZ NAVARRO, 2019). Como se constató a través de la entrevista con la especialista, al ser cuestionada acerca de si

llegaban personas a este servicio de forma independiente y qué les era orientado en esos casos, la misma expresó:

Sí, ellas han venido a preguntar, pero [...] el programa **no atiende mujeres solas**, inclusive **se habla de infertilidad en el marco de relaciones estables, por lo menos un año** [...] y en el caso de los que entran a la consulta eso es verificado, tendrían que ser mitómanos para dar un falso testimonio, porque eso se lo pregunta la ginecobotetra varias veces [...] entonces **si viene una mujer sola se le informa que no es posible, porque además aquí no hay banco de semen, que sería la opción para esas mujeres** [...] y **no lo tenemos porque es un recurso muy caro**, somos un poco primitivos en ese asunto de la infertilidad, siempre se dice que trabajamos más con deseos que con recursos [...] mira el programa tiene 6 años y solo el año pasado fue que entraron al país 3 conservadores de óvulos, dos para La Habana y uno para Holguín. Pero en Cienfuegos donde también se hace FIV no se puede hacer ovodonación pues no existen conservadores (Aurora, entrevista, enero de 2018, *destaques míos*).

Las TRA justamente implican una apertura para una multiplicidad de conjugaciones entre las personas demandantes de la reproducción asistida o madres/padres de intención y los procesos de gestación, maternidad, filiación, parentesco (PÉREZ NAVARRO, 2019). El argumento esgrimido por Aurora respecto al impedimento material dado en la inexistencia de bancos de semen, es aparentemente sospechoso si tenemos en cuenta que para otras prácticas reproductivas (realizadas en ese mismo servicio) como es la ovodonación y la posterior fertilización en laboratorio, se requiere la extracción de semen (más concretamente espermatozoides contenidos en este) para la fecundación de los óvulos donados.

Refiriéndose a la ovodonación comentó en otro momento: *“como aquí no hay bioconservantes, entonces ese mismo día le hacen la extracción de semen al esposo y los óvulos son fecundados”*. (AURORA, entrevista, enero de 2018). Cabe pensar que, así como las mujeres que participan del servicio de RA pueden devenir ovodonantes anónimas, los hombres que a razón de la FIV y la IA se les extrae semen para sus compañeras, pudieran devenir donantes de semen para mujeres solteras y/o lesbianas.

Se verifica que aun cuando la búsqueda por TRA no es una demanda exclusiva de parejas heterosexuales, la regulación del acceso está restringida a personas heterosexuales y con vínculos conyugales establecidos, lo que ilustra la acción de un poder heteronormativo regulando el acceso a este servicio de salud. Es justamente esa heterosexualidad obligatoria (RICH, 2012) como fundamento de la política pública, la que hace que la demanda de mujeres que acuden al servicio de forma independiente, sea leída en términos de una falta, catalogadas como “mujeres solas” y no como una expresión de autonomía.

Siguiendo las figuraciones de Donna Haraway (2009) se constata tanto que la pareja infértil es una ficción ciborguiana, como que el discurso médico opera con ella en el sentido

de lo que Haraway denomina como una perspectiva de visión única. Esa visión única no es más que una reproducción de las normas de género en tanto cosmovisión hegemónica. A contrapelo de la visión única que produce ilusiones limitadoras, las figuraciones de “una visión doble o de una visión de monstruo de múltiples cabezas” (HARAWAY, 2009, p.46) abren líneas mucho más prometedoras para repensar tecnologías y categorías en sus infinitas posibilidades de remodelación de cuerpos y resignificación de relaciones sociales en un sentido emancipador.

La ficción “pareja infértil”, expresión de esa perspectiva de visión única, somete al exilio reproductivo a cuerpos situados incluso dentro del espectro de la norma como es el caso de mujeres solteras heterosexuales. Apelo a la formulación de Pablo Pérez Navarro (2019) sobre exilios reproductivos, aunque a diferencia del autor, sitúo esta propuesta analítica en el ámbito nacional. Considero que tales exilios implican un desplazamiento a los márgenes de la ciudadanía reproductiva de sujetos y proyectos de gestación, parentalidad y parentesco, como efecto de los marcos de hetero/ciscentrados de inteligibilidad de la reproducción asistida. Así lo reflejan los criterios de acceso plasmados en el PNAPI, dentro del acápite “Principios Generales”, artículo 1:

Tendrán acceso a las TRA

1. Las personas mayores de 18 años de edad, atendiendo al alcance de la capacidad jurídica civil [...]
2. Las parejas unidas en matrimonio formalizado y las unidas sin formalización [...]
3. Las parejas infértiles que no tengan posibilidades de lograr un embarazo bajo otros tipos de tratamientos y que procedan de las consultas especializadas de infertilidad (MINSAP, 2012, p.54-55).

Tal y como se muestra en estos criterios de acceso, la gestión médica de reproducción asistida establece una (nueva) posición de sujeto - “la pareja heterosexual infértil”- como única unidad viable beneficiaria de las TRA. Este agenciamiento biopolítico tiene su inscripción en el régimen político de la heterosexualidad obligatoria (RICH, 2012). El mismo no solo toma a la sexualidad como núcleo estratégico de su control biopolítico, sino que extiende su vigilancia a territorios micro específicos como los ovarios, el semen, material genético, penes, vaginas para reproducir “la ficción tecno edípica de mamá-papá-la clínica-el niño” (PRECIADO, 2019, p.75).

A razón de esta institucionalización de la heterosexualidad se restringen y coaccionan los procesos de reproducción de las parejas demandantes de las TRA, al tiempo que se producen exilios reproductivos y diversas formas de esterilización simbólica (ANGONESE; LAGO, 2017) y política (PRECIADO, 2019) de otras poblaciones; principalmente mujeres solteras, personas homosexuales, personas trans, proyectos de parentalidad, filiación y

parentesco no normativos. La posibilidad de inscribir la política de reproducción asistida en una perspectiva abierta a una multiplicidad de proyectos reproductivos, implica la des(cons)trucción de la ficción normativa de la “pareja infértil”.

3.2.2 Óvulos, espermatozoides y deseos: sobre la apropiación de los cuerpos reproductivos por parte del saber/poder biomédico.

Como se ha venido discutiendo, las tecnologías distan de ser instrumentos neutrales. Ellas pueden implicar tanto posibilidades emancipadoras como pueden estar al servicio de los criterios normativos del poder biomédico que, promete “curar y traer felicidad”. Siendo así las tecnologías de reproducción asistida operan como tecnologías de género (LAURETIS, 1987) que son accionadas para salvaguardar un orden social hegemónico. Si observamos esas tecnologías de género en su intersección con otros regímenes de poder como la raza, la sexualidad y la monogamia, es posible tener una perspectiva más ampliada de los efectos subjetivos y materiales de tales regímenes en la vida de las personas.

En el caso de las tecnologías de reproducción asistida aquí analizadas, se identifican al menos tres instancias en las que los saberes biomédicos se posicionan como árbitros del reconocimiento (OLIVEIRA, 2009) de la reproducción humana legítima y *Ojos de Dios* (HARAWAY, 1995; GROSGOUEL, 2013), retirando a las personas demandantes de la TRA del dominio de la autodeterminación respecto a sus proyectos reproductivos. Tales instancias son: el escrutinio institucional acerca del deseo por hijos, la obligatoriedad de la similitud fenotípica entre ovo-donantes y ovo-receptoras, así como la evaluación/psicoterapia compulsoria a parejas que concurren a los servicios de RA. Las mismas serán más ampliamente descritas y analizadas en las líneas que siguen.

Entiendo que se trata de formas de apropiación de los cuerpos por parte del saber/poder biomédico, toda vez que tales prácticas socavan la autonomía de las personas usuarias, por medio de negación de sus saberes. Operan a partir de la auto atribución del derecho a hablar en nombre de Otros, establecen procesos de escrutinio y fiscalización de deseos, decisiones reproductivas, y asumen para sí una posición de neutralidad. En este sentido, tal proceso de usurpación de los cuerpos, tanto impone marcos normativos de reconocimiento reproductivo como también produce una esfera de abyección constitutiva de esos propios marcos de inteligibilidad (BUTLER, 2017).

Así, al analizar estas formas de apropiación de los cuerpos reproductivos me propongo distinguir tanto los regímenes normativos como también la zona de abyección reproductiva

que el poder biomédico produce, respectivamente: la incoherencia fenotípica, las personas no sanas mentalmente y los deseos moralmente ilegítimos de tener hijas/os. Este análisis es relevante a los fines de concebir una política pública de reproducción asistida fundada en principios de justicia e igualdad social. Como ha afirmado Judith Butler (2017) “la clave de una política democrática no reside en la extensión del reconocimiento [...] sino más bien en la idea de que solamente cambiando la relación entre lo reconocible y lo no reconocible se puede [...] asumir y perseguir la igualdad” (p.13).

Si los marcos de reconocimiento reproductivo tienen como fundamento a valores tradicionales y otros emanados de matrices occidentales (como se ilustra en las líneas subsiguientes), varios procesos vitales estarán excluidos de la posibilidad de ser decididos sobre la base de la deliberación reflexiva y de la autodeterminación. De ello se deriva la inducción de formas de precarización, expresada en la no disponibilidad de apoyos institucionales, económicos, sociales y políticos que permitan la realización de procesos vitales y provean las condiciones para la agencia humana. La precariedad como condición inducida está asociada a formas de reconocimiento político (BUTLER, 2017). Estos presupuestos butlerianos sirven de inspiración al análisis que sigue.

El escrutinio en torno al deseo por hijos se identifica el relato de la especialista:

[...] hay que ver que **las mujeres aquí en consulta cuando son cuestionadas acerca de por qué quieren tener hijos ellas no saben qué responder** [...] la mayoría dice “nosotros somos dos y tenemos las condiciones creadas”, “ya tenemos no sé qué tiempo de relación” o “¿qué más vamos a hacer?” [...] **todo lo que encuentras en las respuestas es un discurso marcado por el género** [...] **ellas y ellos no saben definir por qué es que quieren un hijo** [...] o saben definir sí, pero es eso: “por completar la familia, porque tenemos 10 años de casados, porque ya estoy en el momento” [...] **yo les pregunto cómo es que ellos saben que un hijo les va a dar felicidad** (AURORA, entrevista, enero de 2018, *destaques míos*).

Primeramente, no es que la pregunta/escrutinio de la especialista se distancie de un orden de género o se coloque por fuera de este, como implícitamente ella deja por sentado. Probablemente una limitación de esta entrevista sea el no haber cuestionado a Aurora sobre cuál sería, según ella, la “respuesta correcta”. No obstante, la pregunta sobre el deseo por hijos en cuanto un proceso de verificación y vigilancia, cobra sentido únicamente dentro de un poder normalizador que, de antemano presupone que ese deseo debe adoptar formas reconocidas. Difícilmente ese poder normalizador esté dissociado de un orden de género hegemónico, dada la tendencia histórica a asociar sexualidad (hetero) a reproducción, y a juzgar por el modo en que los discursos oficiales sobre la reproducción asistida se asientan en un régimen heterosexual como se mostró desde el inicio de esta política pública.

Nadie le pregunta a la pareja hetero “fértil” por sus motivaciones ni por cualquier otro requisito para reproducirse, planificadamente o no, aunque posteriormente se inserten en el SNS y hagan uso de todos los recursos tecnológicos y desnaturalizados de la reproducción médicamente asistida, lo que incluye desde la monitorización del embarazo hasta la opción a favor de la realización de la cesárea a costa de los recursos de la salud pública. Consecuentemente ¿por qué en el caso de la pareja “no fértil” y hetero tiene que ser diferente? Con esa dosis adicional de escrutinio institucional entramos en el terreno de un excepcionalismo moral que es especialmente insidioso con las prácticas de reproducción heterosexual, así como con todos los proyectos reproductivos no hetero-cis-sexuales (PÉREZ NAVARRO, 2019).

El proceso de escrutinio se extiende a la selección de los gametos en el caso de usuarias que requieren de la ovodonación. Para ello existe un comité integrado por genetista, psicólogos y otros especialistas (la entrevistada no precisó cuáles) que deciden bajo las siguientes premisas:

[...] la donación de óvulos es cuando ya entras en un pico, se cogen óvulos de una persona desconocida [...] **las características físicas ellos siempre intentan que sean similares con la persona que recibe la donación** [...] existe un comité con una genetista, un psicólogo para buscar que no existan antecedentes genéticos ni antecedentes psiquiátricos. Se hacen muchos test psicométricos para intentar que no existan patologías [...] yo no entrevisto a estas mujeres, las donadoras, pero es muy difícil pensar que ella dio sus óvulos y tiene hijos por ahí [...] **como donadora es tuyo [...] tiene tu carga genética, tu carga física que es tuya** (AURORA, entrevista, enero de 2018, *destaques míos*).

Es importante comenzar prestando atención a los matices que definen a la parentalidad en el contexto de la reproducción asistida, o sea, quién puede tornarse madre de quién al amparo de las TRA y cómo se afirman o se niegan lazos de parentesco en este ámbito. Atendiendo a las consideraciones de Strathern (1995) entiendo el parentesco en el ámbito de la reproducción asistida, como la formación de lazos íntimos basados en la procreación.

Como se constata, uno de los marcos de inteligibilidad de la parentalidad es la similitud fenotípica. Esta atribución de significado e importancia a determinadas características fenotípicas, principalmente el color de la piel, es preciso entenderla dentro de los marcos históricos en los que tales construcciones simbólicas emergieron. Fue con la expansión colonialista sobre los territorios de Aby Ayala desde mediados del siglo XV, que la atribución de significados a un fenotipo humano, pasó a formar parte de los procesos de racialización. De igual modo es preciso tener en cuenta que, con la invasión colonial, las regulaciones

racistas se extendieron al modelo de familia impuesto sobre los territorios de América Latina y el Caribe (CURIEL, 2013).

Cuba, como un país colonizado por España, no escapó a tales procesos. Las investigaciones antropológicas de Verena Stolcke (2014), especialmente su trabajo seminal sobre “Racismo y Sexualidad en la Cuba colonial” (STOLCKE, 1992) nos aproximan a una genealogía del racismo y su co-constitución con el sistema de género y parentesco. La autora señaló:

La Cuba colonial brindaba, así, un ejemplo sin duda singular, pero de una claridad meridiana precisamente de la doble *interrelacionalidad* entre una conceptualización del parentesco, el matrimonio, la procreación y una ideología genealógica engendrada por el orden esclavista, por un lado. Y, por otro, lo que hoy denominaríamos un sistema de sexo/género (STOLCKE, 2014, p.184, *subrayados de la autora*).

Es decir, el sistema de parentesco impuesto en el contexto de la colonización, tuvo en la raza a uno de sus principios organizadores. En otros de sus artículos la autora destaca que “en la Cuba del siglo XIX, la importancia que atribuían las élites blancas a la virginidad para asegurar la pureza racial de su linaje no era ningún misterio” (STOLCKE, 2014, p.211). Estos indicios históricos evidencian la puesta en marcha de lo que algunos autores han denominado un proyecto racial, en tanto un proceso por medio del cual se atribuyeron sentidos culturales a características físicas con el fin de establecer procesos de diferenciación entre seres humanos (MOREIRA, 2019).

Fue precisamente en los siglos XVIII y XIX, con la respectiva consolidación del proyecto iluminista, que el color de la piel y otros atributos morfológicos (como el tipo de facciones) fueron tomados como criterios de clasificación racial de los seres humanos. Es importante tener en cuenta que esta construcción histórica de la categoría raza produjo efectos de jerarquización/inferiorización a través de la imposición de una idea de superioridad biológica (SCHUCMAM, 2012). A partir de aquí entiendo que la vigilancia de la similitud fenotípica en el ámbito de la reproducción asistida, constituye una forma de regulación del parentesco que preserva las imposiciones coloniales, entre ellas la ficción de pureza de sangre/razas.

El modo en que la categoría raza es accionada para regular el parentesco es fundamental para sustentar la ficción de la “familia biológica” como aquella que equivaldría a “la familia de verdad”. Nótese como esta ecuación opera en el comentario de Aurora: “*es muy difícil pensar que ella dio sus óvulos y tiene hijos por ahí [...] como donadora es tuyo [...] tiene tu carga genética, tu carga física que es tuya*” (AURORA, entrevista, enero de 2018,

destaques míos). Por un lado, se observa que la ficción de la “madre genética” no se sustenta si tenemos en cuenta que el uso de las TRA presupone que la procreación conlleve la participación de varias personas sin que, necesariamente todas ellas, creen vínculos de parentalidad (STRATHERN 1995). Por tanto, el parentesco es construido por medio del apelo a la “raza” como “verdad biológica”. Es como si la condición de receptora de óvulos no fuera suficiente para alzarla al estatus de “madre biológica de verdad”, requiriéndose de operaciones simbólicas complementares que resuelvan la disputa de la pluralidad de “madres” implicadas en la procreación.

¿Cómo tonar a la receptora de óvulos una “madre biológica de verdad”? Para responder esa pregunta tomo prestado un argumento de Strathern (1995) que relocalizo en el ámbito de la relación entre procreación, maternidad y raza⁴⁹. Como afirmó la antropóloga “la madre no es madre apenas en virtud de tener el implante del embrión” (STRATHERN, 1995, p.325). Es aquí donde entran en escena las premisas racistas de clasificación, comparación y similitud de fenotipos humanos para reinstaurar la “maternidad verdadera”. Por ende, cabe pensar que ese minucioso control de la similitud fenotípica tiene de trasfondo la presuposición de que determinadas prácticas reproductivas constituirían un desvío, así como una amenaza al ideal de parentalidad, a partir de la intervención de las tecnologías reproductivas. De ahí el despliegue de mecanismos de vigilancia, tal cual este comité de selección de gametos y donadoras, para impedir combinaciones fenotípicas no deseadas o no autorizadas. Esta vigilancia de las mixturas fenotípicas constituye una de las tantas formas de control del cuerpo que tienen su base en matrices ideológicas occidentales. De acuerdo con Oyèrónké Oyèwùmí (2017):

durante siglos **la idea de que la biología es destino** –o mejor aún, que el destino es biológico– ha sido esencial en el pensamiento occidental [...] En Occidente, las explicaciones biológicas parecen tener prioridad sobre otras alternativas de explicación de las diferencias de género, raza o clase. **La diferencia se entiende como degeneración [...] la desviación respecto a un tipo original** [...] Ya que el cuerpo es la piedra angular en que se funda el orden social, siempre se mantiene a la vista y en la vista (pp. 37, 38, 39, *destaques míos*).

Esta cosmovisión occidental en la que la biología es tomada para refrendar una verdad, me conduce a considerar a la vigilancia fenotípica como una forma de control de la reproducción que busca reforzar la biología como destino. La forma en que el comité de selección de gametos gestiona el deseo por hijas/os resulta así en tipo de racismo

⁴⁹ En el artículo de Marilyn Strathern (1995) lo que está en cuestión es el papel del intercambio sexual como artefacto simbólico que dota de sentido a la construcción cultural de la maternidad dentro del sistema de parentesco euro-americano, asunto que ella debate a partir del cuestionamiento de lo que se llamó en los años '90 en gran Bretaña como “Síndrome del Nacimiento Virgen”.

reproductivo, como expresión del racismo estructural (ALMEIDA, 2018) presente en una sociedad excolonia en la que las matrices occidentales son preservadas a través de los procesos de colonialidad. Hago alusión a la noción de racismo reproductivo a partir de las reflexiones desarrolladas por algunos autores sobre las manifestaciones del racismo en ámbitos específicos, como racismo recreativo (MOREIRA, 2019) y racismo religioso (NOGUEIRA, 2020). No encontré el término racismo reproductivo acuñado así en las referencias consultadas, solamente investigaciones que debaten prácticas racistas en el ámbito reproductivo sin apelar a esta noción (LÓPEZ, 2012; MATTAR; DINIZ, 2012) y una que se refiere a la heterocisnormatividad reproductiva (ANGONESE; LAGO, 2017).

Pudiera alegarse que tal práctica de vigilancia fenotípica no constituye una manifestación de racismo toda vez que por su contenido no está ligada directamente a la exposición de juicios negativos sobre personas negras, mestizas y otros grupos racializados presentes en Cuba. Por otro lado, puede argumentarse que la intención del acto no presupone hostilidad o injuria raciales. Al final, se trata de que los hijos se parezcan a las madres/padres demandantes de la reproducción asistida. Sin embargo, hay dos cuestiones implicadas en la vigilancia fenotípica que me conducen a calificarla como racismo reproductivo.

El primer argumento a considerar es que por medio del control racial en el ámbito reproductivo se refuerza un estereotipo racista referido a la pureza racial. Tal estereotipo se inserta en el terreno del racismo simbólico en tanto un proceso que establece, por medio de construcciones culturales el modo en que los distintos grupos raciales pueden ser representados y existir (MOREIRA, 2019). Por este argumento racista, el parentesco es sometido a un control racial estableciéndose así quién puede ser madre de quién.

Por otro lado, de acuerdo con la especialista, las expectativas más comunes de madres y padres de intención es que les hijes sean fenotípicamente similares a ellos. En este sentido comentó: *“yo he visto mujeres llorando en consulta cuando se confirma que necesitan de la ovodonación y no hay una donante parecida con ella, ellas quieren un hijo parecido con ellas”* (AURORA, entrevista, enero de 2018). Estas lógicas racistas se hacen presentes tanto en el ámbito de la reproducción falsamente tenida por “natural”, como en las propias expectativas de las usuarias del servicio de reproducción asistida, y no solo en el equipo que selecciona los gametos. Por ende, dichas expectativas circulan en el imaginario social al estilo de *“cada oveja con su pareja”* o *“hay que adelantar la raza”*.

Sin embargo, la segunda razón por la que sustento que se trata de racismo reproductivo es que, más allá de las expectativas y decisiones de quienes demanden la reproducción asistida, al establecerse una práctica de vigilancia de la similitud fenotípica esta

cuestión se torna un ideal regulatorio, que desacredita y restringe cualquier otra posibilidad de elección de las personas demandantes de la reproducción asistida. Es por ello que, si bien esta práctica en sí misma no instaure presupuestos racistas, los reproduce toda vez que ellos derivan de esa tecnología social moderna que es el racismo. El racismo reproductivo como el conjunto de prácticas que, en el ámbito de la reproducción asistida preservan lógicas coloniales racistas, puede abarcar muchas otras manifestaciones que van más allá de las aquí descritas, cuestión que pudiera suscitar una investigación más amplia futuramente.

Otra de las aristas de la cuestión referida a la apropiación de los cuerpos por parte del saber biomédico se da en el área de actuación de la Psicología, la que, integrando el dispositivo reproductivo, trabaja en función del control minucioso de las conductas de las personas usuarias, colocando el imperativo de la “salud mental” como requisito reproductivo. Así, como en el caso del escrutinio del deseo por hijos, se reitera un excepcionalismo que no se extiende al ámbito de la reproducción tenida por “natural”. Al respecto comenta la especialista:

[...] en primer lugar, en Cuba **se habla de aumentar la natalidad, pero aumentarla con funcionalidad** [...] por eso también se hacen las Consultas, procurando disminuir los conflictos de la pareja, en función de que no sea la simple búsqueda de un hijo [...] **la simple búsqueda de un hijo es muy superficial** [...] **Estas consultas de psicología son para todas las parejas**, inclusive el psicólogo hace una valoración de **salud mental** y es quien decide si la pareja es remitida a otro centro para realizar alguna técnica reproductiva o no. **El psicólogo decide si la pareja puede ser inseminada o no** [...] físicamente puedes estar bien, pero **hay que intentar que no haya enfermedades mentales** [...] ¿Qué sentido tiene la existencia de un hijo y que este bebé pueda tener sufrimiento fetal porque se divorcian, porque hay discrepancias en el proceso del embarazo? (AURORA, entrevista, enero de 2018, *subrayados míos*).

Se aprecia en este fragmento de relato, la inscripción de la Psicología dentro del aparato del biopoder (FOUCAULT, 2000. Como construcción moderna occidental que vuelca sus indagaciones en torno a la vida, se percibe cómo una de las líneas que adopta este biopoder para ejercer su control es el imperativo de la “salud mental”. Esta última es también una construcción discursiva de las disciplinas *psis* usada como modalidad de gobierno de los cuerpos reproductivos, en nombre de “la seguridad y protección de la infancia”, usando a niñas/os como un artefacto biopolítico que autorizaría el despliegue de procesos de verificación y control (PRECIADO, 2019). Se oculta así que, un problema de salud mental o una separación conyugal pueden acontecer en cualquier momento del ejercicio de la ma/paternidad y no únicamente en esta etapa inicial de escrutinio psicológico, con lo cual se

opera con el mismo excepcionalismo moral que en el caso de la indagación sobre el deseo por hijos.

Las regulaciones de la reproducción asistida hasta aquí identificadas acaban delineando lo que cuenta como familia para el Estado. Los contornos de la *familia posible* se sustentan en lo que Ochy Curiel⁵⁰ (2013) designa como nuclearización y biologización de la misma, es decir, “su reducción a una forma centrada en una pareja mujer-hombre con hijos e hijas, y la fuerte valorización de los lazos consanguíneos” (p.129). Esta imagen de la familia ideal integra el dominio hegemónico de una matriz de dominación que circunda a la reproducción asistida.

A su vez, este modelo de familia de inspiración burguesa occidental, se intersecta con otras prescripciones normativas que instauran opresiones/privilegios interseccionales en torno a la salud reproductiva. Tales prescripciones operan en dos dominios; a nivel ideológico condensan ideales de parentalidad, parentesco, procreación; en la dimensión disciplinar se traducen en formas de control y vigilancia del mantenimiento de ese ideal de familia. Es a partir de regulaciones hegemónicas sobre sexualidad y raza (como la imagen de la similitud fenotípica como el tipo de descendencia ideal), que son desplegadas un conjunto de disposiciones normativas plasmadas en el documento y varias rutinas médicas en el servicio de asistencia reproductiva, que implican exilios reproductivos, apropiación de los cuerpos e imposición de ficciones naturalizantes de la reproducción asistida.

Ya a nivel estructural se detecta la inexistencia de infraestructuras materiales (tales como un banco de semen) que viabilicen proyectos reproductivos de usuarias demandantes de las TRA y que se sitúan por fuera del régimen de la (cis)heterosexualidad obligatoria, como es el caso de mujeres solteras, lesbianas (casadas o no), bisexuales, gays y trans. Sin embargo, si bien está presente como un elemento constitutivo de la matriz de dominación reproductiva una dimensión estructural, al mismo tiempo esta falta de soporte institucional no puede ser estrictamente atribuida a limitaciones materiales, sino también a una política de precarización que, de entrada, niega reconocimiento a un amplio espectro de proyectos reproductivos a partir de los marcos de inteligibilidad que establece. Siendo así la infraestructura que viabilice otros proyectos reproductivos queda postergada.

3.3 AGENCIAMIENTOS INTERSECCIONALES: CONTURBANDO LAS MATRICES DE DOMINACIÓN DE LA SALUD TRANS-ESPECÍFICA Y REPRODUCTIVA.

⁵⁰ Ochy Curiel adopta esta clasificación de la autora Carmen Castellón. Una información más amplia sobre este tema aparece en la obra “La Nación heterosexual” aquí referida.

“Teorias sociais produzidas por mulheres oriundas de grupos diversos não costumam surgir da atmosfera etérea de sua imaginação. Ao contrário, elas refletem o esforço dessas mulheres para lidar com experiências vividas em meio a opressões interseccionais” (COLLINS, 2019, p.43).

De acuerdo con las consideraciones de Kimberle Crenshaw (2002), los paradigmas convencionales de investigación, frecuentemente usados por formuladores de políticas públicas y otros actores clave, son insuficientes para capturar vulnerabilidades interseccionales. La autora enfatiza que tales abordajes suelen trabajar a partir de una categoría general que busca englobar la realidad de diversas mujeres y otros sujetos, y esto puede dificultar que se contemplen las experiencias de grupos subordinados dentro de una categoría. A partir de aquí subraya “la necesidad de que investigadores/as examinen específicamente las experiencias de mujeres marginalizadas” (CRENSHAW, 2002, p.182).

Siguiendo las pistas metodológicas trazadas por Crenshaw (2002), en esta sección tengo como foco las propuestas analíticas construidas en diálogo con las usuarias participantes en el estudio. Para ello, busqué construir una relación de compañerismo y proximidad con las interlocutoras, no pretendiendo ninguna “traducción” de las mismas, sino producir análisis conjuntos y contextualizados sobre el objeto de investigación. Las reflexiones de las mujeres entrevistadas parten de un lugar común, que es el haber sido descartadas por las lógicas operantes en el contexto de la reproducción asistida y de la salud trans-específica. No obstante, ese lugar de *outsider within* (COLLINS, 2016) se tornó una vía de problematización de las políticas públicas y de las matrices de dominación asociadas a las mismas.

Es preciso añadir que los análisis construidos por las interlocutoras pusieron de relieve múltiples dimensiones de sus existencias que no están apenas centradas en los servicios de salud reproductiva y salud trans-específica, pero que, no obstante, atraviesan su bienestar. Es por ello que, además de ir a los encuentros con un guión de entrevista susceptible de modificaciones, también procuré dar cabida a otras temáticas tangenciales traídas por ellas, tales como el trabajo sexual de mujeres trans y travestis, su relación con figuras estatales como la policía, dos asuntos que emergieron sin necesariamente estar previstos. Algunos de los temas que se revelaron en las entrevistas confirman las informaciones que afloraron en el análisis de los documentos, por lo que opté por traer a colación otras aristas que no hubiesen aflorado por medio del análisis documental.

Entiendo estas reflexiones críticas de las usuarias como un tipo de agenciamiento que, siguiendo la perspectiva de Jasbir Puar, (2013), implica un esfuerzo de reintroducir la política

en el ámbito político y que por tanto piensa el modo en que políticas públicas están imbricadas en relaciones de poder, no siendo apenas meras cuestiones técnicas. Consecuentemente, este capítulo trata de los modos como las usuarias interpelan a las políticas de salud trans-específica y reproductiva, y de esa manera contribuyen a desvendar privilegios y opresiones que las mismas instauran. De igual manera, las contribuciones de las entrevistadas ayudan a imaginar otros horizontes para las políticas públicas, con foco en el carácter provisorio, localizado de las mismas, en la resignificación de los términos de reconocimiento con los que operan, en la necesidad de prestar atención a las complejas circunstancias socio-económicas y culturales que moldean la vida de las usuarias y, consecuentemente, sus posibilidades de acceso y acogida en el seno de las políticas públicas de salud analizadas e incluso en otras esferas de la sociedad.

3.3.1 Saberes *trans*: perspectivas críticas sobre el proceso transexualizador y estrategias de autocuidado de travestis y mujeres trans en Santiago de Cuba.

En esta sección son presentadas las problematizaciones construidas por Ana, autoidentificada como mujer trans y Sandra, una travesti. Sus propuestas analíticas se inscriben en la esfera de los saberes trans (OLIVEIRA, 2018), saberes trans-críticos (SPADE, 2015) constituyendo un campo de saberes contrahegemónicos sobre género, sexualidades, cuerpos, así como una acción de sabotaje al solipsismo epistémico de los saberes biomédicos y una línea de fuga del sistema de producción de conocimientos sobre la salud trans y travesti. Tales conocimientos devienen así fundamentos ético-políticos que orientan la construcción de las políticas trans como espacios de autonomía.

Saberes trans implican tanto conocimientos como prácticas, “trans-acciones en el doble sentido de acción trans y transacción, de intercambio con otros saberes” (OLIVEIRA, 2018, p.9), que apuestan en “la salida del ciclo sin fin de la falacia de la igualdad homogeneizadora” (RODRÍGUEZ, 2019, p.129), operando contra los sistemas de dominación que precarizan las vidas trans (SPADE, 2015). Estos saberes trans parten de una ontología del género que lo concibe como tránsito, como geografía (MESTRE MALFRÁN; OLIVEIRA; LAGO, 2019), como potestad y potencia, y no apenas dentro de regímenes constrictivos (OLIVEIRA, 2016), todo lo cual tiene implicaciones en términos las respuestas políticas que pueden ser construidas para atender las demandas en salud de personas trans y travestis.

De tal forma, estas reflexiones contienen premisas para pensar las políticas públicas de salud como un proyecto emancipador, que se distancia del paradigma patologizante, vertical y

paternalista de salud. Como alerta Ale Mujica Rodríguez (2019), investigadore de salud trans y travesti en América Latina *¿qué tipo de vida vibra en las concepciones de la salud trans y travesti?* Esta provocación analítica es crucial para la desestabilización de los paradigmas patologizantes que atraviesan los servicios de salud trans-específica, y que lo construyen como un lugar de inevitables relaciones jerárquicas entre personas demandantes de servicios de salud y profesionales que ofrecen los mismos.

Este punto de giro que se propone pensar el territorio de la salud pública como una instancia que potencializa la vida (RODRÍGUEZ, 2019) tiene algunas resonancias con la perspectiva de Espinosa (apud Oliveira 2016) sobre el *conatus*, el deseo de persistir en lo que se quiere ser. Reconocemos en Espinosa un punto de partida ontológico que entiende la optimización de la vida como un proceso mediado necesariamente por la relación con el otro, al constituirse como una “potencia de la singularidad que es aumentada o disminuida en razón del diálogo con lo social” (OLIVEIRA, 2016, p.126).

Considerando que las políticas públicas de salud y los servicios a ellas asociados, realizan una mediación en esa potencialización de la vida, *¿cómo tornar ese encuentro entre quien demanda un servicio de salud y quien lo ofrece, una instancia de potencialización de la vida de personas trans y travestis? ¿en qué medida las políticas de salud trans pueden constituirse en soportes al servicio del incremento del conatus?* Estas líneas argumentativas contribuyen a imaginar otros modos posibles en salud, en los que la experiencia trans no se vea circunscrita a un protocolo médico, sino que posibilite aberturas para nuevos campos de inteligibilidad al despatologizar y pluralizar las existencias trans (LEITE; SANTOS, 2018).

Es justamente dentro de estos marcos teórico-políticos que defienden otra concepción de los servicios de salud trans, que Ana apuntó algunos límites de la actual política trans, así como horizontes posibles para su apertura hacia formas de cuidado alineadas con el respeto a la autonomía de las personas trans. Siguen fragmentos de sus consideraciones:

En el Hospital Fajardo, en La Habana es donde hasta ahora se realizan las cirugías de reasignación sexual [...] ahora **están intentando abrir la perspectiva. Al comienzo el servicio era muy pensado para las que deseaban operarse, pero existen otras personas que se sienten que son trans, que quieren verse, entenderse como mujeres y necesitan de servicios de salud**, pero no tienen interés en la reasignación [...] eso no las hace menos mujeres [...] **el problema de nosotras, las mujeres trans es que no podemos esperar más, no podemos estar uno o dos años en consulta, queremos que las cosas sucedan ya.** Todo el mundo quiere tener una buena apariencia, sentirse realizada [...] si ahora mismo yo consigo las prótesis de mamas, si alguien me las trae del extranjero yo no me voy a quedar esperando una autorización, voy a hacer lo que tenga que ser hecho (ANA, entrevista, enero de 2018, *destaques míos*)

Entre los fragmentos que destaqué vale detenerse en el tópic que hace referencia a la *apertura de la perspectiva del servicio transespecífico*. Tal apertura presupone inclusive otros modos de pensar la relación género, cuerpo, identidad y cuidados en salud. La perspectiva de Ana disuelve los entendimientos pre-discursivos sobre género, cuerpo e identidad, así como los propósitos correctivos de la atención en salud trans. En esta concepción se opera con una noción de cuerpo como proyecto de lo que se quiere ser, y que requiere, así como todos, de tecnologías de género que materialicen ese deseo, pues como afirma Ana *“todo el mundo quiere tener una buena apariencia”*. De aquí se desprende que el reconocimiento por parte del Estado del derecho universal a la salud, implica el reconocimiento a las identidades y expresiones de género en su multiplicidad, y las correspondientes demandas en salud que de ello se derivan.

Cuerpo y género en esta perspectiva dejan de ser una sustancia previamente dada, para configurarse como instancias de autodeterminación en las que las personas *“se sienten que son trans, que quieren verse, entenderse como mujeres”* (ANA entrevista, enero de 2018). Se trata de un entendimiento en el que *“el cuerpo no es un ente pasivo sobre el cual actúa el biopoder, en todo caso es la potencia misma que torna posible la incorporación protésica de los géneros”* (PRECIADO, 2011, p.14). Esta comprensión del género como potencia y potestad (OLIVEIRA, 2016) justamente permite la flexibilización de los servicios de salud trans, dando lugar a un acceso y un uso efectivo de los mismos por parte de las personas trans que no deben seguir siendo sometidas a una espera interminable, como la que describe Ana: *“las mujeres trans es que no podemos esperar más, no podemos estar uno o dos años en consulta, queremos que las cosas sucedan ya”*.

La reivindicación colocada por Ana al respecto de *“abrir la perspectiva”* del servicio de salud trans, contempló también la necesidad de inclusión de personas trans en las instancias de salud donde las políticas públicas son formuladas y puestas en práctica. Sobre este punto expresó que políticas públicas de salud centradas en la maternidad/paternidad, se constituyen a costa de una ausencia de personas trans, lo que las retira de este tipo de asistencia, pues ni siquiera es concebible una parentalidad trans. Ello también ilustra que junto con la necesidad de establecer un proceso transexualizador que atienda demanda trans-específicas, es preciso garantizar un acceso integral a la salud para la población trans. Sobre esta cuestión expresó:

el CENESEX trabaja en programas de salud como el PAMI⁵¹, pero en los equipos de salud no hay transexuales, entonces no sienten lo que nosotras sentimos [...] esa ahí no es su batalla, no es su lucha revolucionaria (ANA, entrevista, enero de 2018).

Esta condición de unilateralidad de profesionales cis en el diseño de políticas públicas de salud, denuncia otra dimensión de la relación de subordinación entre la norma cis y las disidencias de género. La no inclusión de personas trans ni como actoras clave ni como usuarias de políticas de parentalidad, es ilustrativa del descrédito de que son objeto estos cuerpos, no concebidos como productores de saberes al tiempo que son borrados de la posibilidad de constituirse como usuarias/os de políticas reproductivas.

Por su vez la exclusión de personas trans de espacios en los que se construyen políticas públicas refrenda al ámbito de la salud un sistema (VERGUEIRO, 2015), cuyas prácticas de invisibilización ya han sido denunciadas por los diversos movimientos sociales trans, exigiendo de los profesionales de salud, científicos y otros actores clave, un posicionamiento ético-político alineado con la premisa “no hablen sobre nosotres, hablen con nosotres”. En este caso ni siquiera se trata de una apropiación de saberes sino de una anulación de cualquier posibilidad de inclusión de las experiencias trans en el contexto de determinadas políticas públicas como las que tratan de gestación y procreación.

La ampliación de los servicios de salud y el protagonismo de las personas trans en la construcción de políticas públicas es una demanda más que justa y una de las vías de combatir la transfobia presente en los servicios de salud pública (RODRÍGUEZ, 2019). Siendo pautadas en un monólogo cis-centrado en el que apenas profesionales cis dictan los rumbos de la atención en salud, la política trans induce otras precariedades en el ámbito de la propia política trans-específica. Tal es el caso de la insuficiente distribución y acceso a biotecnologías como la hormonización, requeridas para la construcción de las identidades trans y travestis. Este aspecto del proceso transexualizador fue uno de los puntos tratados en la entrevista con Sandra, cuyas reflexiones presento seguidamente.

3.3.2 Hormonización como tecnología de género: estrategias de autocuidado de travestis y mujeres trans.

El intercambio con Sandra fue posibilitado mediante dos entrevistas realizadas en noviembre de 2019. Este diálogo fue fundamental para comprender los procesos de autocuidado gestionados por travestis y mujeres trans, fundamentalmente centrados, aunque

⁵¹ Programa de Atención Materno Infantil

no circunscritos, a la hormonización autoadministrada. Dentro de la perspectiva de saberes trans-críticos que se asume en este estudio, al partir de una ontología del género que lo concibe como tránsito y que, consecuentemente, rompe con la idea de continuidad compulsoria sexo/género, es posible comprender la hormonización como una tecnología de género (LAURETIS, 1987) que supone posibilidades de emancipación.

Teresa de Lauretis (1987) propone el concepto de tecnologías de género para referirse a los modos en que socialmente se producen posiciones de sujeto, representaciones y auto representaciones de lo femenino y lo masculino. De la mano de Preciado (2008) se explicita que se trata tanto de una producción semiótica como material del género si consideramos que tales tecnologías incluyen discursos, convenciones sociales como también procedimientos biotecnológicos, farmacológicos, entre otros que operan como tecnologías de producción de ficciones somáticas femeninas, masculinas y otras posibilidades subversivas de las marcas de género.

Por ende, tecnologías de género son extensivas a todo el universo de género y no apenas a personas trans, dado que la “cisgeneridad es mediada tecnológicamente con todo el arsenal de píldoras anticonceptivas, maquillaje, depilación a laser y cera, moda, cabellos, industria de cirugía plástica [...] que hacen parte de una construcción tecnológica, material y semiótica del (cis)género” (OLIVEIRA, 2018, p.9). Así, como parte de las tecnologías de producción de ficciones somáticas, el proceso de hormonización “consiste en el uso de agentes endócrinos exógenos para inducir transformaciones descritas dentro de las categorías de masculinización y/o feminización de los cuerpos” (RODRÍGUEZ, 2019, p.97).

Alicia Krüger (2018) al referirse a la hormonización, afirma que esta tecnología acaba siendo una de las formas de quebrar la ficción de la inmutabilidad del género y del sexo respectivamente. La investigadora afirma que tomar hormonas diariamente es una de las formas de desestabilizar la tríada sexo genético, gonadal y genital que construyen la noción de “sexo biológico”. Asegura que como mismo es posible alterar quirúrgicamente los genitales de nacimiento, el uso de hormonas “es una forma de desestabilizar los pilares de esa tríada pues las hormonas hacen el papel exógeno que las gónadas harían de modo endógeno” (KRÜGER, 2018, p.23).

Consecuentemente el acceso a estas biotecnologías dentro del sistema de salud es parte consustancial de la integralidad y equidad en salud que viabiliza que las personas trans ejerzan la autodeterminación en la construcción de sus identidades (RODRÍGUEZ, 2019). El entendimiento de la hormonización dentro del espectro de las tecnologías de género pasa por

considerarlas como un agente social y político que “inventa posibilidades de humanidad [...] en el proceso de cuidado en salud” (LEITE; SANTOS, 2018, p.85).

Mediante el intercambio con Sandra fue posible constatar que pese a que el servicio de salud trans-específica no contempla las identidades travestis en los marcos de la R126/2008, la autoadministración de hormonas forma parte de sus trayectorias de vida desde etapas tempranas. No obstante, ello no elimina el deseo de ser contempladas por la política de salud vigente. Sobre ello comentó:

una misma se automedica, por no tener a alguien que te guíe, que te informe de cómo debe de ser, ¿entiendes? [...] tengo dos títulos de 12 grado [...] hay muchas que leemos, aparte las hormonas se usan desde el siglo cero, querida, ¿entiendes? y una va conociendo y leyendo los prospectos y una entiende, por ejemplo, la cipresta que era buenísima y la quitaron, la desaparecieron, pero la cipresta era muy buena, maravillosa [...] **yo soy muy constructiva con las muchachitas y voy pasando esa información** [...] desde los 13 años empecé a tomar hormonas, yo iba oyendo en las conversaciones cipresta, estrógenos, hummm [...] y ya me ves, no tengo ni un solo pelo en la cara, ¿viste? (SANDRA, entrevista, noviembre de 2019, *destaques míos*).

Los comentarios de Sandra ponen de relieve algunas cuestiones importantes al respecto de la hormonización. Como han reconocidos personas trans y travestis estudiosas del tema, la autoadministración de hormonas, así como la construcción de un campo de saberes en torno a este proceso y su respectiva socialización en la comunidad trans, forma parte de los territorios creados para (auto)cuidar de su salud, constituidos como líneas de fuga frente a un sistema de salud que no viabiliza este cuidado (RODRÍGUEZ, 2019). O sea, esta desterritorialización de la salud y su abertura para otros contextos y redes de comunidades trans y travestis, coloca en la escena las resistencias frente un proyecto hegemónico de salud trans-específica (LEITE; SANTOS, 2018).

Esa acción que Sandra designa como “ser constructiva con las muchachitas” ilustra nítidamente el modo en que saberes trans son también prácticas, agencias políticas, construcción de territorios alternativos que “prescinden de la actuación médica formal en los consultorios [...], elemento constitutivo de un proyecto de salud despatologizante, que toma en consideración los saberes adquiridos por las propias personas demandantes de los cuidados en salud” (LEITE; SANTOS, 2018, p.88). Esto, sin embargo, no niega que el acceso a estas biotecnologías debe ser garantizado y objeto de asistencia dentro del sistema nacional de salud pública.

De acuerdo con el relato de Sandra, la creación de redes de intercambio y apoyo se extiende más allá de la hormonización, implicando otras tecnologías de género que resultan fundamentales en su bienestar, considerado este último de forma abarcadora y no apenas circunscrito al proceso transexualizador. En tal sentido comentó “*yo también me vi fea*

cuando empecé, andaba con una saya picá que era un short feísimo, sí yo andaba así, con una peluca tiesa, yo andaba con esas cosas y bien fea, y mis amiguitas mujeres me regalaban cositas” (SANDRA, entrevista, noviembre de 2019).

Una de las preguntas que realicé a las entrevistadas indagaba acerca de cómo se dieron los primeros contactos e informaciones en torno a la Resolución 126/2008, pues siendo formulada en la capital del país y, teniendo su sede en la misma, hallé relevante explorar este aspecto. Ya a sabiendas de que la letra de la R126 del 2008 no declara a las travestis como usuarias del proceso transexualizador, quise indagar, no obstante, acerca de la experiencia de este segmento de población trans con dicho marco político. Al respecto Sandra comentó:

Fue en el 2014 o 2015 porque me invitaron a un evento aquí en Santiago. Porque venía Malú la Coordinadora Nacional de la Red TRANSCUBA, de La Habana [...] Entonces *****⁵² quiso crear un grupo porque llegaban la gente de la Habana, y como aquí no había coordinación, ni había tantas travestis enteradas de esas cosas, inclusive faltaron muchas también, *****, que es de aquí de Santiago, era la que iba a hacer el evento, con mucha gente de La Habana [...] El trabajo de la Red TRANSCUBA es eventos y más eventos, **hablan de las que quieren operarse, que eso nunca va a llegar porque dicen que no hay recursos, las que quieren tetas que tampoco hay recursos.** Entonces ¿para qué lo dicen? (SANDRA, entrevista, noviembre de 2019, *destaques míos*).

Además de la centralidad de los actores políticos de la capital del país en lo que respecta a la localización e implementación del proceso transexualizador, se observa que la agenda trans es absorbida o supeditada casi que en su totalidad por este habanocentrismo que pauta cuándo, cómo, dónde y quiénes pueden movilizarse en torno a esta agenda. Esto mantiene a las políticas trans-específicas en la condición de políticas de fachada, asegurando su inmovilismo y, con ello, impidiendo el acceso efectivo a derechos de la ciudadanía. Ese movimiento de habanocentrismo es, al mismo tiempo, una forma de neutralizar “otros modos de reclamar diferentes de la negociación, la súplica, la exhortación o el discurso manso” (VIDARTE, 2019, p.27) que asegura un eterno protagonismo a los actores políticos de La Habana.

La valoración por parte de Sandra acerca de la insuficiencia del servicio de salud suscitó otros comentarios que extrapolaron el tema, trayendo a colación otras formas de control estatal de la población trans:

Si hubiera coordinación, o un apoyo o una unión o un apoyo entre todas, si veo algo positivo, pero si se mantiene todo como está, se mantiene todo negativo. Solo funciona en La Habana, **no hay unión cuando hay un problema de una con los policías que son los peores, ¿entiendes?** Que en el tribunal te acusan sin pruebas. Por estar caminando, a mí inclusive me han cargado con carné. **A mí me hicieron un índice de peligro por andar en lugares así, proclives, no eran lugares de**

⁵² Nombre suprimido a petición de la entrevistada

prostitución [...] eran proclives a la prostitución [...] Por donde quiera, en Enramadas, en el Boulevard cuando era el “Piropo” que se llenaba de homosexuales (SANDRA, entrevista, noviembre de 2019, *destaques míos*).

Dentro del diagrama de poder que se cierne sobre los cuerpos trans es posible distinguir la proximidad entre la imagen de las personas trans como enfermas y, alternativamente como peligrosas; por tanto, susceptibles de ser criminalizadas (NEDEL, 2020). Esas imágenes perniciosas son movilizadas como parte de un ejercicio estatal de biopoder que toma al orden público como emblema de la cruzada hetero-ciscentrada que (aparentemente) busca preservar la paz social y determinados valores morales colocados (supuestamente) en riesgo, por quienes habitan los márgenes de la cisgeneridad (PÉREZ NAVARRO, 2017).

Es en nombre de la defensa de un orden público que puede ser “infectado” con la presencia de determinados cuerpos, que se sustenta la exclusión constitutiva del espacio público de gays y travestis. Tal es la articulación entre normas de género y orden público que pareciera que espacios supuestamente neutros - Enramadas, el Boulevard – se tornan, repentinamente, escenarios de prostitución con la sola presencia de determinados cuerpos circulando por tales espacios. Así, la mera existencia del Otro es tomada como fuente de peligro y fin de un proyecto de sociedad heterociscentrada (NEDEL, 2020).

Es así que ese Otro pasa a ser un cuerpo criminalizable (MEINHARDT, 2020), entendiéndolo por tal a una condición producida por el propio aparato de poder que dice trabajar en función del orden público. Y es también operando con los mismos marcos de inteligibilidad del poder estatal que se producen sabotajes a sus bases normativas. En tal sentido comentó Sandra: *“ahora opto por salir con mis papeles de diagnóstico de VIH y cuando la policía me carga les digo, yo voy a ver si ustedes van a maltratar a una enferma [...] sí, porque ellos no respetan a las travestis, pero si algo se respeta en este país es la salud”* (SANDRA, entrevista, noviembre de 2019). Así, a contramano de lo que propone Audre Lorde (2013) cuando dice que las herramientas del amo⁵³ no pueden ser usadas en favor de las personas sometidas, observo que, en este caso las herramientas del amo (patologización de las existencias trans) son reapropiadas para dismantelar su propia casa (transfóbica) y posibilitar resistencias micropolíticas (asociadas a poder circular en el espacio público sin asedio policial).

⁵³ Entiendo al “amo” como metáfora de las normatividades o posiciones hegemónicas de género, raza, sexualidad, entre otras.

3.4 ITINERARIOS REPRODUCTIVOS: ENTRE EL TIEMPO DEL DESEO Y EL TIEMPO DE LA ESPERA.

Yanet ha sido usuaria de los servicios de reproducción asistida en la región oriental del país por un período de 8 años con varias entradas y salidas, algunas motivadas por contingencias propias de las instituciones vinculadas a la reproducción asistida, otras por decisiones propias, aunque de cierta forma, condicionadas por las dinámicas institucionales. La usuaria se sirvió de una especie de línea temporal para reconstruir su trayectoria dentro del servicio de salud reproductiva, lo que permitió observar críticamente una de las lógicas más arraigadas en la concepción de las políticas públicas de salud, específicamente la concerniente al establecimiento de una temporalidad única para todas las personas que acuden a un servicio de salud.

Observar la política a través de este ángulo de las temporalidades distintas – el tiempo institucional, definido por los protocolos y el de la usuaria, asociado a sus deseos - contribuye a identificar algunos engranajes de la matriz de dominación reproductiva y sus efectos en términos de opresiones/privilegios interseccionales. Siguen fragmentos del relato de la entrevistada:

Nosotros éramos una pareja, y **al cabo de un tiempo** nos dimos cuenta de que no salía embarazada, entonces fui al médico de la familia. Ahí me mandaron a una consulta de estas del área de salud de la localidad [...] hacen una serie de preguntas [...] nosotros **llevábamos ya dos años de estar juntos y nunca había salido embarazada**, preguntaron si yo había tenido embarazos anteriores, yo dije que sí [...] él nunca había embarazado a nadie

*

empezaron a hacernos protocolarmente análisis a los dos, a él de esperma, a mí todo tipo de chequeo para verificar si había algún parásito vaginal [...] **pasó un tiempo** para que nos dieran los resultados de esos análisis, en medio de eso se desintegró ese local por x razones, de ahí yo **volví de nuevo al Consultorio** y ahí nos remitieron para el Hospital *****⁵⁴. Fui para ahí, ya no era la misma Doctora, **tuve que comenzar entonces de nuevo de cero**, con todos aquellos análisis, porque como **había pasado tanto tiempo estaban vencidos**. Eran unos cuantos análisis, había uno que me lo tenía que hacer con la menstruación para ver el proceso de ovulación, me hacía el primero y cuando iba al tercer día no había agua, y ahí **para atrás de nuevo. Me decepcioné y paré un poco...**

**

al cabo de un tiempo volví, **por tercera vez**, con mi marido, **de nuevo desde cero**, pero entonces en esta parte sí vi un gran avance. Me hicieron análisis que nunca en la vida me habían hecho [...] Se dieron cuenta de que mi marido tenía algunos espermatozoides con deformación [...] a él le mandaron clomifeno [...] **pero la cuestión es que nos separamos en medio de ese proceso que ya estaba en gran avance**, porque [...] ya íbamos a iniciar la fertilización in vitro [...] y entonces lo que iban a hacer era extraer un espermatozoide que estuviese bueno para entonces inseminarme a mí [...] siempre preguntan si tienes pareja, porque **lo que más se**

⁵⁴ Nombre suprimido a petición de la entrevistada.

quiere es que ese niño que vaya a nacer, nazca en un núcleo familiar donde esté papá y mamá [...] a mí no me parece nada lógico y no estoy de acuerdo con esa situación; ¿por qué? Por el simple hecho de que yo una mujer soltera quiero tener un hijo

Pienso ir a *****⁵⁵ para ver si allí yo, madre soltera consigo plantearles mi situación, no tengo cita, no tengo nada, voy por mi cuenta [...] si tengo que llorarles, lloro, y que me escuchen [...] si me tengo que sentar con el director de ese centro hospitalario lo haré, ¿no quieren subir el índice de natalidad infantil? Pues yo se los quiero proporcionar...si yo tuviera que caracterizar ese servicio, la palabra sería decepción, pues **va pasando el tiempo y cuando vienes a ver...ya...se te fue el tiempo...** (YANET, entrevista, Noviembre 2019, *destaques míos*)

Como se aprecia en las consideraciones de la entrevistada existe un desfase entre el itinerario marcado por la política reproductiva (que tiene entre sus ítems de verificación el tiempo de constituida la pareja) y la urgencia de su deseo que choca con varios engranajes institucionales: cierre repentino de un servicio, repetición de análisis y, el sometimiento a la obligatoriedad de un padre para acceder a su proyecto reproductivo, expresado, entre otras como “*yo una mujer soltera quiero tener un hijo*”. La legitimidad de su deseo es confrontada con el ideal de familia reconocido en los marcos de la política, aspecto que fue previamente debatido. La persistencia de este tipo de regulaciones habla de cómo el dominio disciplinar (COLLINS, 2019) insta subordinaciones para las usuarias que, como Yanet, habitan el espectro de la norma, esto es, mujeres heterosexuales y cisgéneros en tanto sujetos priorizados en el terreno de la salud sexual y reproductiva.

Una situación similar relató Simone, la otra entrevistada, quien, al describir su experiencia en el servicio de reproducción asistida apuntó

Cuando me diagnosticaron el fibroma uterino no había pensado en la maternidad, lo pensé a partir de que como tenía la trompa derecha obstruida necesitaría algún nivel de asistencia para concebir un embarazo y así fue como fui a parar al servicio de reproducción asistida [...] la persona que me atendió me dijo que no tenía posibilidades por lo de la pareja, **que cuando tuviera una pareja en esos parámetros que volviera**. Pregunté si decidía ser madre soltera ¿cómo sería? Para lo que la respuesta fue que no respondía a las condiciones necesarias [...] **un impacto para mí porque sentí estaban depositando en mí la incapacidad**, cuando entendía que era una ineficiencia del servicio, existiendo tantas madres solteras o que han criado solas a sus hijos (SIMONE, entrevista, noviembre 2019, *destaques míos*).

Opto por retornar al Plan Nacional de Seguimiento a los acuerdos de Beijing (CONSEJO DE ESTADO, 1999), un marco que se anuncia con una *perspectiva de género* y que, en un plano ideal, ofrecería amparo a los derechos sexuales y reproductivos de Yanet Y Simone, consideradas el sujeto priorizado del sistema nacional de salud, en tanto mujeres cisgénero, heterosexuales y con proyectos reproductivos que, en tesis, serían acogidos dentro

⁵⁵ Nombre de una institución, que fue suprimido a pedido de la entrevistada.

de la política estatal de incremento de las tasas de natalidad. De acuerdo con el PNB, el establecimiento de una perspectiva de género, en el ámbito de la salud busca, entre otras cosas

diagnosticar, en mujeres de diferentes sectores poblacionales y regiones del país, sus necesidades de género relacionadas con la salud sexual, como punto de partida para la elaboración e implementación de programas interventivos encaminados a una mayor realización de la mujer en esa esfera. Responsable: Ministerio de Salud Pública (CONSEJO DE ESTADO, 1999, p.23)

Retomo ese marco político justamente para mostrar que cuando el Estado enuncia que está adoptando una perspectiva de *gender mainstreaming* (BUSTELOS; LOMBARDO, 2005), ello no equivale necesariamente a accionar el poder disruptivo de una perspectiva feminista de género, en el sentido de replantear el modo en que ese sistema simbólico regula cuerpos, sexualidades y arenas reproductivas (MOSCHKOVICH, 2020). Esa acción puramente enunciativa que preserva las regulaciones hegemónicas de género, se vuelve contra los propios sujetos que dice cuidar. Se muestra así una matriz de dominación reproductiva que, en su dimensión ideológica/hegemónica (COLLINS, 2019) opera con un sistema simbólico de género de raíz occidental. Ese sistema simbólico orienta los procesos administrativos de verificación, escrutinio y exigencia de un padre como condiciones para el acceso a la reproducción asistida. Es así como una dimensión hegemónica y disciplinar componen lo que vengo designando como una matriz de dominación reproductiva.

Decir género y *transversalidad de género* no equivale necesariamente a accionar el concepto al que esa palabra se refiere, ni a las formulaciones más críticas sobre este desarrolladas en el seno de los estudios feministas. Operar con el género dentro de una perspectiva feminista, implica la posibilidad de construir proyectos emancipatorios, a partir del potencial disruptivo y transformador que esa herramienta conceptual y política carga. Así, al movilizar este concepto dentro de coordenadas teórico-políticas feministas, es posible radicalizar las comprensiones esencialistas que establecen categorías binarias estanques, ontologías de la diferencia sexual que presuponen la existencia de apenas dos cuerpos, opuestos, complementarios y naturalmente destinados a la reproducción o sexo/género dentro de un esquema conyugal heterosexual. Cabe a esta perspectiva el reconocimiento de la agencia de los cuerpos para subvertir los marcos de inteligibilidad que se proponen constreñirlos. Todo ello implica desafíos para las políticas públicas (MOSCHKOVICH, 2020).

CONSIDERACIONES FINALES

Esta investigación fue instigada por una necesidad de pensar las políticas públicas de salud desde una perspectiva crítica, con destaque para las contribuciones feministas. Este interés no surgió de la nada, antes se derivó de la sospecha que siempre tuve respecto al posicionamiento estatal que viene afirmando desde mediados de '90 que, una perspectiva de *gender mainstreaming* en el contexto de la salud pública cubana, es garantía de que las políticas públicas se constituirán necesariamente en instrumentos a favor de la igualdad de género. Tal perspectiva *mainstreaming* preserva una paradoja con la que no consigue lidiar de forma productiva: la universalidad de los derechos en salud versus las diferencias de los sujetos que encarnan esos derechos (SCOTT, 2002). Vale resaltar que cuando me refiero a las diferencias, las entiendo como marcas de una multiplicidad y no de forma esencialista.

Como apunté en el capítulo 1, la respuesta del Estado cubano a esta tensión paradójica ha sido la implementación de políticas de igualdad en el ámbito de la salud sexual, reproductiva y de la salud trans implicando gratuidad en todos los niveles de esa asistencia. Dentro de este escenario la igualdad es sinónimo de equivalentes oportunidades en el acceso y también se traduce la premisa de la universalidad como modo de entender al sujeto de la salud pública. Sin embargo, esta igualdad en el acceso que no tiene en cuenta las formas diferenciadas de ciudadanía (ciudadanía trans y reproductiva respectivamente) y las complejidades en torno a las mismas, produce también una única forma de pensar derechos sexuales, reproductivos, trans-específicos en el ámbito de la salud: modalidades verticalistas, heterocis-centradas, tuteladas estatalmente. Consecuentemente, los presupuestos de partida en torno a la igualdad e igualdad de género, se ven comprometidos en la práctica.

Inicié este trabajo recuperando precisamente la trayectoria de esos servicios de salud trans-específica y de salud reproductiva en el país, su institucionalización a través de la Resolución 126/2008 y del Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil, ambas modalidades de políticas públicas de salud formalizadas por parte del estado cubano a mediados de la década de los años 2000. El modo en que se configuran estas políticas públicas, los servicios a ellas asociados y sus dinámicas de funcionamiento tienen una fuerte influencia de discursos biomédicos y de actores clave del ámbito de la salud pública (investigadores, técnicos y profesionales de la medicina cubana principalmente). También apunté la inscripción de estas políticas públicas de salud en discursos estatales sobre género, a razón de estar asociadas a la ciudadanía trans y la ciudadanía reproductiva. Mostré cómo la inserción de las políticas públicas estudiadas en las arenas discursivas sobre género ha hecho

parte de una escena más amplia relacionada con la circulación y formalización de los estudios de género en la sociedad cubana.

Al constatar algunas de las limitaciones presentes en las concepciones de políticas públicas de salud cubanas, argumenté en el capítulo 2 la pertinencia de pensar este objeto al amparo de coordenadas epistemológicas feministas. Suscribí en este capítulo que, al inspirarse en presupuestos feministas, las políticas públicas de salud relacionadas con la transgeneridad y salud reproductiva, pueden devenir políticas de género contra-hegemónicas, expandiendo su potencial emancipador. En tal sentido me propuse pensar: más allá de una perspectiva de género *mainstreaming* ¿qué otros engranajes de poder pudieran cercenar este potencial emancipador de políticas públicas de salud trans y reproductiva? O lo que es lo mismo ¿cómo esta perspectiva *mainstreaming* convoca junto con ella a otras matrices de dominación? Para guiarme en esta indagación, adopté el concepto de matriz de dominación como una herramienta analítica. O sea, en el capítulo dos, comencé argumentando la relevancia de considerar a las políticas públicas como un proyecto feminista, para avanzar hacia una indagación crítica acerca de las matrices de poder - una elaboración feminista negra - que limitan la constitución de las políticas públicas como un proyecto emancipador. Finalicé con una propuesta sobre políticas públicas de salud inspiradas por una *hifenização* de todos estos saberes (feminismo, feminismo negro, matriz de dominación, interseccionalidad, agonismo/pluralismo democrático).

La espina dorsal sobre la que construí los análisis en el capítulo 3, fue el concepto de matriz de dominación de Patricia Hill Collins (2019), desarrollado en su obra *Pensamiento feminista negro*. De acuerdo con Rodríguez (2020), los marcos conceptuales presentados por Collins en esta obra constituyen “um modelo abstrato de crítica interdisciplinar, aplicável a toda e qualquer experiência de opressão, mesmo que tenha sido construído a partir da experiência de mulheres negras dos Estados Unidos da América” (p.13). Así, el viaje de este concepto hacia un contexto geopolítico como Cuba, y a un ámbito concreto como el de la salud trans y reproductiva se sustentó en su potencia analítica para auxiliar en indagaciones relacionadas con “las urgencias de los sujetos que son directamente afectados por las estructuras de legitimación de la dominación” (BUENO, 2020, p.31) y que resisten críticamente a las mismas.

Como mostré en el capítulo 3, el concepto de matriz de dominación en diálogo con otras contribuciones feministas, posibilitó entender cómo las políticas públicas de reproducción asistida y trans-específica pueden operar con patrones restrictivos y normativos sin necesariamente apelar a la prohibición explícita (aunque de hecho en algunos casos se

identifican interdicciones), desencadenando así privilegios/opresiones interseccionales que impactan de forma diferenciada a usuarias de estos servicios. Cuando Collins (2019) propone introducir el concepto de matriz de dominación en el ámbito de los debates interseccionales, la autora realiza una relectura de la interseccionalidad, subrayando que la misma no se trata de una descripción identitarista de marcadores sociales que acaban por reificar determinadas posiciones de sujetos. Collins (2019), así como Crenshaw (2002) sostiene que existe una simultaneidad de opresiones y privilegios interseccionales. Sin embargo, Collins avanza en esa reflexión, retirando la comprensión de este fenómeno de una visión estática e identitarista.

Uno de los presupuestos collinianos es que opresiones/privilegios no están dados de antemano, aún cuando ellos afecten de forma diferenciada a diversos sujetos. Otro de los argumentos de la autora es que ni todas las formas de opresión/privilegio van a ser relevantes, sino que ello va a depender de condiciones socio-histórico concretas. Por ende, una premisa crucial de su elaboración conceptual es la necesidad de observar las dinámicas de poder que instauran privilegios/opresiones interseccionales y los agenciamientos de los sujetos frente a esas matrices de dominación. Tales dinámicas de poder son históricas, contingentes, localizadas, susceptibles de transformación. Así, la autora señala otros caminos posibles para desarrollar análisis de cuño interseccional. Añade inclusive que el análisis interseccional de políticas públicas permite elaborar *insights* acerca de proyectos de justicia social (COLLINS, 2017).

En su caracterización de las matrices de dominación como fuentes de las opresiones/privilegios interseccionales, Collins (2019) describe de forma bastante innovadora los elementos constitutivos de ese entramado: estructural, ideológico, disciplinar e interpersonal. Por tanto, tomé como guía a cada uno de los elementos constitutivos de la matriz para comprender las dinámicas de opresión/privilegios presentes en el ámbito de la salud trans y reproductiva. Observé las estructuras más amplias (servicios creados, conexión entre los mismos, formas de funcionamiento y acceso), escudriñé las ideologías cotidianas que circulan en las entrelíneas de los enunciados de estas políticas públicas, examiné los mecanismos institucionales, sus lógicas burocráticas y el sentido de las mismas, a partir del contacto de las usuarias entrevistadas con estas rutinas institucionales.

Como resultado de esta indagación, concluí en el capítulo 3 que los criterios que definen qué infraestructuras son creadas, dónde estas son establecidas, qué procedimientos de verificación son instituidos, cuáles racionalidades circulan sobre el sujeto trans y la pareja infértil, están asociados a concepciones normativas de género, sexualidad, raza fundamentalmente. Así, cuando se enuncia que la reproducción asistida es “la cura de la

infertilidad de una pareja” propiciada por un gesto humanitario de la Medicina, se revela la actuación simultánea de regímenes hegemónicos de género, raza y sexualidad que instauran disímiles situaciones de subordinación interseccional para usuarias de estos servicios.

Tales aspectos conforman lo que nombré como una matriz de dominación reproductiva. La misma da cabida a determinados proyectos de parentalidad en detrimento de otros que, pese a ser deseados por usuarias que inclusive se reconocen en el espectro de la norma, como es el caso de Yanet y Simone, no encuentran posibilidades de materializarse. Así, la norma actúa contra sí misma. No es casualidad que la matriz de dominación reproductiva se presenta con contornos definidos por la heterocisnormatividad y el racismo reproductivo, si tenemos en cuenta que se trata de una sociedad excolonia en la que las matrices simbólicas occidentales en torno al género, raza y sexualidad son reapropiadas creando tanto reiteraciones de las construcciones simbólicas occidentales, como posibilidades de fisuras (estas últimas expresadas en los propios proyectos reproductivos de las usuarias que no reverencian la norma).

Refiriéndome específicamente a lo que concierne a la salud trans-específica, en el capítulo 1 apunté que la formalización de estos servicios implicó, de alguna manera, una ruptura con el monólogo esencialista que tomaba apenas a “la mujer” como sujeto de cuidados en el ámbito de la salud. Sin embargo, la persistencia de una perspectiva de *gender mainstreaming* como marco interpretativo de la política pública, preserva las premisas cis-centradas como fundamento de las prácticas de cuidado. Como argumenté a la largo del capítulo 3, la constitución de los servicios de salud trans al margen de otras redes de salud hace que, al tiempo que se inaugura un espacio específico para acoger sus demandas, se institucionalizan un conjunto de impedimentos que limitan la circulación de personas trans por todas las instancias de salud, lo que genera subordinación del sujeto trans como centro de las políticas públicas, amparada en una organización estructural cis-centrada. Analicé las ficciones acerca del sujeto trans que contribuyen a mantener este *status quo*, sustentando también las gestiones precarizadas de la salud trans-específica. En este sentido verificamos que la patologización, infantilización y apropiación de los cuerpos trans constituyen la columna vertebral del proceso transexualizador que, en teoría debía estar al servicio de la autodeterminación de las personas demandantes de estos servicios.

Tanto por medio del análisis minucioso de los documentos normativos como a través de los relatos de las entrevistadas, fue posible identificar el sustrato ideológico de la matriz de dominación reproductiva y trans-específica respectivamente, dimensión caracterizada por Collins (2019) como dominio hegemónico. En el caso de la salud reproductiva, dicho sustrato

ideológico se traduce en ficciones como la de la “pareja infértil”, la “maternidad verdadera asociada a la similitud fenotípica” y un ideal de familia que tiene un fuerte arraigo en las matrices coloniales. En el caso de la salud trans la producción del sujeto transexual como un cuerpo reparable, compulsoriamente deseante de la cirugía de transgenitalización como vía de alcanzar una supuesta coherencia sexo/género, constituyó la ficción predominante.

En ambas políticas fue posible constatar mecanismos institucionales que apelan a la burocracia, vigilancia y escrutinio como formas de apropiación de los cuerpos, deseos y la autonomía de las usuarias demandantes de la reproducción asistida y de la salud trans. Tales mecanismos integran la dimensión disciplinar de la matriz de dominación reproductiva y trans-específica. Desde el punto de vista de la dimensión estructural, en ambos casos fueron detectadas (des)articulaciones entre varias instancias de la salud pública que impiden el acceso y acogimiento pleno de las usuarias de ambos servicios. La centralización de los servicios de salud trans, por un lado, así como la disponibilidad de infraestructuras como un banco de semen en el caso de los servicios reproductivos son ilustrativos de los engranajes institucionales en esta esfera que precarizan el acto de cuidado.

Como apunté a lo largo del capítulo tres, los ejes por los que transitan las opresiones/privilegios que afectan de forma diferenciada a las usuarias son heterosexualidad, raza, género, parentalidad normativa en el caso de la reproducción asistida, así como género y territorialidad en el caso de la salud trans-específica.

Una de las limitaciones que identifiqué dentro del proceso investigativo que llevé a cabo, es el hecho de que tanto algunas de las decisiones metodológicas que tomé, como los análisis a los que arribé tuvieron como punto de partida las experiencias de usuarias descartadas por los servicios de salud. Entiendo que cuando los proyectos de investigación toman como una de sus fuentes fundamentales a las experiencias de algunas personas (como fue mi caso) se corre el riesgo de que los resultados del estudio sean tomados para establecer generalizaciones excesivas en torno a las realidades investigadas.

Una de las alternativas que hubiese podido minimizar este riesgo era haber optado por estancias más prolongadas en Cuba, lo que hubiera facilitado la realización de observaciones participantes en estos servicios de salud trans y de salud reproductiva, acompañamiento de casos de personas *in situ*. Esas otras fuentes de información probablemente habrían contribuido a expandir los análisis presentados aquí. Considero que este puede ser un camino posible para próximos estudios.

En sentido general considero que la presente investigación posee un carácter innovador por las articulaciones teóricas que fueron realizadas, dando lugar a un análisis

pormenorizado de las experiencias de opresión/privilegio, presentes en las políticas públicas escogidas. Por otro lado, son exiguas las investigaciones que en Cuba abordan este tema apelando a una perspectiva feminista, mucho menos a una perspectiva feminista negra, con lo cual este trabajo contribuye también para la consolidación de los estudios feministas y de género en el país, al tiempo que establece un diálogo con el Estado sobre cuestiones relevantes a ser consideradas para una optimización de las políticas públicas de salud abordadas.

Retomo uno de los primeros textos sobre interseccionalidad y pensamiento feminista negro para concluir, pensando en el proyecto revolucionario cubano y en las demandas feministas y antirracistas: *“No estamos convencidas, sin embargo, que una revolución socialista, que no sea también feminista y antirracista, nos garantizará nuestra liberación”* (Colectiva del Río COMBAHEE, [1977]1988, p.176)

REFERÊNCIAS

- ADELANTE.CU. Éxitos en atención a la pareja infértil. **Adelante.Cu**. Camaguey, p. 1-2. 08 abr. 2019. Disponible en: <http://www.adelante.cu/index.php/es/noticias/noticias-de-cuba/16770-atencion-a-la-pareja-infertil-cuba-pareja-infertil>. Acceso en: 15 set. 2019.
- ALMEIDA, Silvio. **O que é racismo estrutural?** São Paulo: Letramento, 2018. 221 p.
- ÁLVAREZ, Sonia E. et al. Encontrando os feminismos latino-americanos e caribenhos. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 2, n. 11, p. 541-575, jul. 2003. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v11n2/19138.pdf>. Acceso en: 03 ago. 2020.
- ALVAREZ, Sonia E. Para além da sociedade civil: reflexões sobre o campo feminista. **Cadernos Pagu**, [S.L.], n. 43, p. 13-56, dez. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-8333201400430013>. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010483332014000200013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acceso en: 26 mar. 2018.
- ÁLVAREZ, Miriam Gran; NISTAL, Libia López. El descenso de la natalidad en cuba. **Revista Cubana de Salud Pública**, Cuba, v. 29, n. 2, p. 132-138, abr. 2003. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200008&lng=es&tlng=es. Acceso en: 20 maio 2019.
- AMORIM, Ana Carolina Horstmann. Maternidades lésbicas no Brasil: um breve panorama. In: GROSSI, Miriam Pillar; FERNANDES, Felipe Bruno Martins. **A força da "situação de campo": ensaios sobre antropologia e teoria queer**. Florianópolis: Editora Ufsc, 2018. Cap. 5. p. 349-373.
- ANGONESE, Mônica; LAGO, Mara Coelho de Souza. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.26, n.1, 2017, p.256-270. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2017.v26n1/256-270/pt/>. Acceso en feb. 2018.
- AUXILIADORA, Maria. **Mujer y política social en Cuba: el contrapunto socialista al bienestar capitalista**. Ciudad de Panamá: Mercie Ediciones, 2005. 192 p.
- BARBOSA, Bruno. **Imaginando trans: saberes e ativismos em torno das transformações corporais do sexo**. 2015. Tese (Doutorado) - Curso de Antropologia Social, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
- BARBOSA, Nuria. Oportunidades para la felicidad. **Granma**. Cuba, p. 1-3. 01 jun. 2019. Disponible en: <http://www.granma.cu/salud/2019-07-01/oportunidades-para-la-felicidad-01-07-2019-23-07-24>. Acceso en: 20 jan. 2020
- BELLO, Karima Oliva; BATISTA, Yoana. Infertilidad femenina y modos de subjetivación: cuando el yo se percibe fallido. **Integración Académica En Psicología**, México, v. 7, n. 21, p. 96-110, dez. 2019. Disponible en: <http://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2019/09/Revista-Integracion-Academica-en-Psicologia-V7N21.pdf>. Acceso en: 10 jan. 2020

BENTO, Berenice. **O que é transexualidade?** São Paulo: Brasiliense, 2008. 149 p.

BENTO, Berenice. Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal. **Contemporânea**, v. 4 n. 1, 2014, p.165-182. Disponible en: <http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/197>. Acceso en jul. 2018.

BENTO, Berenice. **Transviad@s: gênero, sexualidade e direitos humanos**. Salvador: EDUFBA, 2017.329 p.

BERNAL, Zoe Díaz. **Representaciones socioculturales de la infertilidad y de su atención en los servicios de salud**. 2012. 248 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, 2012.

BERNAL, Zoe Díaz; JORDÁ, Dailys García. La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad. **Revista Cubana de Salud Pública**, Cuba, v. 37, n. 1, p. 106-119, jan. 2011. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n1/spu09111.pdf>. Acceso en: 26 maio 2020.

BONETI, Lindomar Wessler. **Políticas públicas por dentro**. 4. ed. Brasil: Unijuí, 2018. 112 p.

BUENO, Winnie. **Imagens de controle: um conceito do pensamento de Patricia Hill Collins**. Porto Alegre: Zouk, 2020. 176 p.

BUTLER, Judith. **Vida precaria: el poder del duelo y la violencia**. Barcelona: Paidós, 2006. 192 p.

BUTLER, Judith. **El género en disputa**. El feminismo y la subversión de la identidad. Traducción de María A. Muñoz. Barcelona: Ediciones PAIDÓS, 2007, 316 p.

BUTLER, Judith. Corpos que ainda importam. In: COLLING, L. (org.). **Dissidências sexuais e de gênero**. Salvador: EDUFBA, 2016, p.17-42.

BUTLER, Judith. **Cuerpos aliados y lucha política: Hacia una teoría performativa de la asamblea**. Barcelona: Paidós, 2017, 255 p.

BUSTELOS, Maria. Intersectionality faces the strong gender norm. **International Feminist Journal Of Politics**, Spain, v. 11, n. 4, p. 530-546, fev. 2009. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14616740903237491>. Acceso en: 15 maio 2018.

BUSTELOS, María; LOMBARDO, Emanuela. “Mainstreaming” de género y análisis de los diferentes “marcos interpretativos” de las políticas de igualdad en Europa: el proyecto MAGEEQ. **Aequalitas**, España, v. 17, n. 1, p. 15-26, nov. 2005. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/122126>. Acceso en: 01 mar. 2021.

CALAÑA, Ivón. **Derechos sexuales en Cuba**: pautas para el desarrollo efectivo del servicio de orientación jurídica del centro nacional de educación sexual. La Habana: Cenesex, 2020. 80 p.

CAMPUZANO, Luisa. Ser cubanas y no morir en el intento. In: HERNÁNDEZ, Rafael; ROJAS, Rafael. **Ensayo cubano del siglo XX**. México: Fondo de Cultura Económica, 2002. p. 201-246.

CANALS, Teresa Díaz. **Mujer, saber, feminismo**. La Habana: Ciencias Sociales, 2018. 170 p.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. **Estudos Avançados**, v. 17, n. 49, 2003, p.117-132. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300008. Acceso en jul. 2018.

CASTRO, Mariela. **Estrategia para la integración social de las personas transexuales en el contexto de la sociedad cubana actual**. 281 f. Tese (Doutorado) - Curso de Sociología, Universidad de La Habana, La Habana, 2014.

CASTRO, Mariela. **La integración social de las personas transexuales en Cuba**. La Habana: Editorial Cenesex, 2017. 248 p.

CEPAL (Cuba). **Informe Nacional de Cuba**: en el contexto del 20 aniversario de la cuarta conferencia mundial sobre la mujer y la aprobación de la declaración y plataforma de acción de Beijing. Havana: Naciones Unidas, 2015. 50 p. Disponible en: https://www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/3/51823/Informe_Cuba_Beijing_20.pdf. Acceso em: 25 nov. 2019.

COACCI, Thiago. **Conhecimento precário e conhecimento contra-público**: a coprodução dos conhecimentos e dos movimentos sociais de pessoas trans no brasil. 2018. 290 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciência Política, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

COACCI, Thiago. As engrenagens do poder: sobre alguns encaixes entre direito, ciências e transexualidades no brasil. **Ex Aequo - Revista da Associação Portuguesa de Estudos Sobre As Mulheres**, Lisboa, n. 38, p. 17-31, 15 dez. 2018a. Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres - APEM. <http://dx.doi.org/10.22355/exaequo.2018.38.02>. Disponible en: <https://exaequo.apem-estudos.org/files/2019-01/02-thiago-coacci.pdf>. Acceso en: 01 fev. 2019.

COACCI, Thiago. Como funciona a despatologização na prática? **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 27, n. 2, p. 1-4, 2019. Disponible en: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/1806-9584-2019v27n258001>. Acceso en: 20 jan. 2020

COLLINS, Patricia Hill. Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro. **Revista Sociedade e Estado**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 99-127, jan. 2016. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/se/v31n1/0102-6992-se-31-01-00099.pdf>. Acceso en: 30 mar. 2018

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Intersectionality**: key concepts. United States: Polity Press, 2016. 262 p.

COLLINS, Patricia Hill. Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória. **Parágrafo**, v.5, n.1, 2017, p.7-16. Disponible en: <http://revistaseletronicas.fiamfaam.br/index.php/recicofi/article/view/559>. Acceso en jul. 2019.

COLLINS, Patricia Hill. **Pensamento Feminista Negro**. Conhecimento, Consciência e a política do empoderamento. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2019, 493 p.

CONSEJO DE ESTADO (Cuba). **Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing**. Havana: Editorial de La Mujer, 1999. 25 p.

CRENSHAW, Kimberle. **Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics**. University of Chicago Legal Forum, 1989. p.139-167.

CRENSHAW, Kimberle. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-187, jan. 2002. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>. Acceso en: 06 jun. 2017.

CRENSHAW, Kimberle. **Speech published by the Center of Intersectional Justice (CIJ) on April 28, 2019**. Disponible en: <https://www.intersectionaljustice.org/publication/2019-05-07-speech-given-by-kimber%C3%A9-crenshaw-at-the-gala-in-her-honor-on-april-28th-2019/>. Acceso en: 24 mayo 2020.

CUBA DEBATE. **Presidente cubano chequea acciones para mejorar dinámica demográfica en Cuba**. **Cubadebate**. La Habana, p. 1-2. 27 abr. 2019. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2019/04/27/presidente-cubano-chequea-acciones-para-mejorar-dinamica-demografica-en-cuba/>. Acceso en: 03 ago. 2019

CUBA. MINSAP. **Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el año 2015**. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 2006. 68 p. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Politiclas_Nacionales_SaludCuba_2015.pdf. Acceso en: 20 abr. 2018.

CUBA MINSAP. **RESOLUCIÓN 126 del 2008**: Aprueba la creación de la Comisión Nacional de Atención Integral a Personas Transexuales, dirigida por el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX). 1 ed. La Habana: Minsap, 2008. 6 p. Disponible en: <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=191>. Acceso en: 16 jun. 2017.

CUBA MINSAP: Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil. 1 ed. La Habana: Minsap, 2012. 60 p.

CUBA. OFICINA NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. **Anuario Demográfico de Cuba. 2001**. La Habana: Centro de Estudios de Población y Desarrollo, 2002. 456 p.

CUBA SÍ. **Garantiza Cuba reproducción asistida de alta complejidad de forma gratuita**. **Cuba Sí**. La Habana, p. 1-2. 27 jun. 2019. Disponible en:

<https://cubasi.cu/es/cubasi-noticias-cuba-mundo-ultima-hora/item/94803-garantiza-cuba-reproduccion-asistida-de-alta-complejidad-de-forma-gratuita>. Acceso en: 01 fev. 2019.

CUBA GRANMA. Reproducción asistida en Cuba: Nuevas razones para la felicidad. **Granma**. La Habana, 17 jan. 2020. p. 1-2. Disponible en: <http://misiones.minrex.gob.cu/es/articulo/reproduccion-asistida-en-cuba-nuevasrazones-para-la-felicidad>. Acceso en: 20 jan. 2020.

CUBA SÍ (Cuba). **Más embarazos en Cuba mediante atención a la pareja infértil**. **Cuba Sí**. La Habana, p. 1-3. 08 jan. 2020. Disponible en: <https://cubasi.cu/es/cubasi-noticias-cuba-mundo-ultima-hora/item/103224-mas-embarazos-en-cuba-mediante-atencion-a-la-pareja-infertil>. Acceso en: 20 jan. 2020.

CUBA. SOCUMES. **Declaración de la SOCUMES sobre despatologización de la transexualidad**. **Sexología y Sociedad**, La Habana, v. 17, n. 48, p. 38-39, nov. 2011. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/425/467>. Acceso en: 18 ago. 2018.

CUENCA, Arnel Medina. **Leyes penales cubanas comentadas**. La Habana: Unijuris, 2013. 208 p.

CUESTA, Mabel. **Cuba post-soviética: un cuerpo narrado en clave de mujer**. 1 ed. Santiago de Chile: Editorial Cuarto propio, 2012, 244 p.

CURIEL, Ochy. **La nación Heterosexual: Análisis del discurso y jurídico y el régimen heterosexual desde la antropología de la dominación**. Bogotá: Brecha Lésbica, 2013. 198 p.

CURIEL, Ochy. Construyendo metodologías feministas desde el feminismo decolonial. In: AZKUE, Irantzu Mendiá. et al. (eds.) **Otras formas de reconocer**. Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista. Bilbao: Hegoa, 2014, p.45-60.

DAVIS, Angela. **Mulheres, Raça e Classe**. São Paulo: Boitempo, 2016. 244 p.

DAVIS, Angela. **A liberdade é uma luta constante**. São Paulo: Boitempo, 2018. 144 p.

DOMÍNGUEZ-ALONSO, Emma; ZACCA, Eduardo. Sistema de salud de Cuba. **Salud pública de México**, v. 53, n. 2, 2011, p.168-176. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/12.pdf> Acceso en jul. 2019.

ESPINA, Mayra. Viejas y nuevas desigualdades en Cuba. Ambivalencias y perspectivas de la reestratificación social. **Nueva Sociedad**, n. 216, 2008, p.133-149. Disponible en https://nuso.org/media/articles/downloads/3539_1.pdf Acceso en jun. de 2017.

ESPINA, Mayra. El bienestar como horizonte de políticas desde una teoría de las necesidades racionales. In: ARGÜELLES, María del Carmen Zabala (compiladora). **Debates actuales sobre política social**. Cuba en el contexto de América Latina y el Caribe. Flacso-Cuba, 2017, p.10-33.

EVANS, David. T. **Sexual citizenship**: the material of construction of sexualities. London, UK: Routledge, 1993.

FERNÁNDEZ, Ana María. **Las lógicas colectivas**: imaginarios, cuerpos y multiplicidades. Buenos Aires: Biblos, 2007. 312 p

FOUCAULT, Michel. **Defender la sociedad**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2000. 290 p.

FREEMAN, Edward. The Politics of Stakeholder Theory: some future directions. **Bussines Ethics Quarterly**, Cambridge, v. 4, n. 4, p. 409-421, out. 1994. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/3857340?seq=1>. Acceso en: 20 maio 2019.

FUENTES, Alina Herrera. Pensando un Feminismo negro en diálogo en diálogo con el Estado. **De Este Lado**, Puebla, v. 4, n. 1, p. 101-109, jun. 2019. Disponible en: <file:///D:/FEMINISMOS%20VARIOS/FEMINISMO%20NEGRO/DeEsteLado4%20Alina%20Herrera.pdf>. Acceso en: 20 jan. 2020.

GIOVANNI, Geraldo di. As estruturas elementares das políticas públicas. **Cadernos de Pesquisa**, Campinas, v. 1, n. 82, p. 1-23, nov. 2009. Disponible en: <https://www.nepp.unicamp.br/biblioteca/periodicos/issue/view/9/CadPesqNepp82>. Acceso en: 30 mar. 2020

GÓMES; Danielle Laurencio. Atención a la pareja infértil en Las Tunas se consolida y crece. **Agencia Cubana de Noticias**. La Habana, 24 out. 2019. p. 1-3. Disponible en: <http://www.acn.cu/especiales-acn/51075-atencion-a-la-pareja-infertil-en-las-tunas-se-consolida-y-crece-fotos>. Acceso en: 15 mar. 2020.

GONZÁLEZ, Rafael Araújo. Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos factores concomitantes? **Novedades en Publicación/CEDEM**, La Habana, n. 210, 2015, p.89-96. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v11n21/rnp070115.pdf>. Acceso en ene. 2020.

GONZÁLEZ, Claudia; MORFFI, Claudia. Las Técnicas de Reproducción Humana Asistida: propuesta de lege ferenda en el ordenamiento jurídico cubano. **Academia y Derecho**, España, v. 10, n. 19, p. 233-260, 30 nov. 2019. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/academia/article/view/6015>. Acceso en: 30 nov. 2019.

GONZÁLEZ REY, Fernando. **Epistemología cualitativa y subjetividad**. La Habana: Pueblo y Educación, 1997. 290 p.

GROSGOUEL, Ramón. Racismo/sexismo epistémico, universidades occidentalizadas y los cuatro genocidios/epistemicidios del largo siglo XVI. **Tábula Rasa**, Bogotá, v. 1, n. 19, p. 31-58, jun. 2013. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n19/n19a02.pdf>. Acceso en: 10 sep. 2018.

HARAWAY, Donna. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Pagu**, Campinas, v. 5, p. 7-41, 1995. Disponible en: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>. Acceso en: 9 mar. 2018.

HARAWAY, Donna. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século xx. In: TADEU, Tomaz. **Antropologia do ciborgue**: as vertigens do pós-humano. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009. p. 33-118.

HERNÁNDEZ, Rosa María Voghon. Tensiones en el Modelo de Protección Social Cubano: una arqueología para mirar al presente de las políticas sociales. **Revista de Estudos e Pesquisas Sobre as Américas**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 1-20, 23 dez. 2016. Disponible em: <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/14928>. Acceso em: 16 oct. 2019.

hooks, b. Intelectuais Negras. **Estudos Feministas**, v. 3, n. 2 1995, p.464-478. Disponible en: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16465/15035>. Acceso en dic. 2019.

hooks, bell. **Ensinando a transgredir**: a educação como prática de liberdade. São Paulo: Martinsfontes, 2013. 286 p.

hooks, bell. **E eu não sou uma mulher?**: mulheres negras e feminismo. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2019. 254 p.

IRSCHICK, Carolina. Ciudadanía Trans. In: VII Jornadas de jóvenes investigadores, 7., 2013, Buenos Aires. **Anales**. Buenos Aires: Uba, 2013. p. 1-21. Disponible en: http://jornadasjovenesiigg.sociales.uba.ar/wp-ontent/uploads/sites/107/2013/10/eje8_irschick-c.pdf. Acceso en: 04 jun. 2018

JESUS, Jaqueline Gomes de. Prolegômenos para o futuro pensamento transfeminista. In: MINELLA Luzinete Simões; ASSIS, Gláucia de Oliveira; FUNCK, Susana Bornéo. (org). **Políticas e fronteiras**: desafios feministas, Tubarão: Ed. Copiart, 2014a, p.97-112.

KANTOLA, Johanna; NOUSIAINEN, Kevät. Institutionalizing Intersectionality in Europe. **International Feminist Journal of Politics**, v.11, n. 4, 2009, p.459–477. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14616740903237426>. Acceso en feb. 2020.

KIRK, Emily. **The normalization of sexual diversity in revolutionary Cuba**. 321 f. Tese (Doutorado) - Curso de Philosophy, University Of Nottingham, Nottingham, 2015.

KRÜGER, Alícia. **Aviões do cerrado**: uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais do distrito federal brasileiro. 2018. 116 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Colectiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

LACLAU, Ernesto; MOUFFE, Chantal. **Hegemonía y estrategia socialista**: hacia una radicalización de la democracia. Madrid: Siglo XXI, 1987. 328 p.

LA COLECTIVA DEL RÍO COMBAHEE. **Una declaración feminista negra**. In: MORAGA, Cherrie; CASTILLO, Ana. **Esta puente, mi espalda**: voces de mujeres tercermundistas en los estados unidos. San Francisco: Editorial Ismo, 1988. p. 172-184

LA OSA, José de. Um olhar para a saúde pública cubana. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 25, n. 72, p. 89-96, ago. 2011. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142011000200008. Acceso en: 30 jan. 2020.

LASIO, Diego; OLIVEIRA, João Manuel de; SERRI, Francesco. Queering kinship, overcoming heteronorms. **Human Affairs**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 27-37, 28 jan. 2020. Disponible en: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/humaff-2020-0003/html>. Acceso en: 15 nov. 2020.

LAURETIS, Teresa. A tecnologia do gênero. In: LAURETIS, Teresa. **Technologies of gender**. Indiana: University Press, 1987, p.1-30.

LEITE, André Filipe dos Santos; SANTOS, Claudiene. Tecnologias de gênero e magia: hormonioterapia e as experiências de vida de mulheres trans*. **Ex Aequo - Revista da Associação Portuguesa de Estudos Sobre As Mulheres**, Portugal, v. 1, n. 38, p. 83-94, 15 dez. 2018. Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres - APEM. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22355/exaequo.2018.38.06>. Acceso en: 12 mar.2019.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira. et al. Análise documental: algumas pistas de pesquisa em psicologia e história. **Psicologia em Estudo**, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 461-469, 30 set. 2015. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/psicolestud.v20i3.27417>. Disponible en: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/27417/>. Acceso en: 20 dez. 2019.

LEYVA, Yisell Bárbara Estrada; MILLÁN, Idalberto Castillo. Sistema de gestión de la información para el Centro Territorial de Atención a la Pareja Infértil en Holguín. In: CONVENCIÓN Y FERIA INTERNACIONAL INFORMÁTICA, 3., 2009, La Habana. **Anales**. La Habana: Ciencias Sociales, 2018. p. 15-28.

LÓPEZ, Laura Cecilia. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 16, n. 40, p. 121-134, 20 mar. 2012. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141432832012000100010&lng=e s&nrm=1&tlng=pt. Acceso en: 03 dez. 2020.

LORDE, Audre. **Mulheres negras**: as ferramentas do mestre nunca irão desmantelar a casa do mestre. As ferramentas do mestre nunca irão desmantelar a casa do mestre. 2013. Disponible en: <https://www.geledes.org.br/mulheres-negras-as-ferramentas-do-mestre-nunca-irao-desmantelar-a-casa-do-mestre/>. Acceso en: 20 ago. 2018.

LUNDGREN, Slije. Igualdad y diferencia: ideales de género en la vida cotidiana y el discurso estatal cubano. In: SUÁREZ, L., MARTIN, E., HERNÁNDEZ R. (coords). **Feminismos en la antropología**: nuevas propuestas críticas. San Sebastián: Ankulegi, 2008. p.207-222.

LLAGUNO, Antonio. Factores socio epidemiológicos y clínicos presentes en mujeres atendidas en consulta de infertilidad. **Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología**, Cuba, v. 4, n. 41, p. 1-12, set. 2015. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2015/cog154f.pdf>. Acceso en: 30 fev. 2019.

MALLADO, Concepción Mimbbrero; SILVA, Joilson Pereira da; ESPINOSA, Leonor Cantera. Competencias de género y cultura del trabajo en una federación. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 29, n. 1, p. 1-10, 10 jun. 2017. Disponible en:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100224 .
 Acceso en: 01 mar. 2021.

MARTÍNEZ, Marta Fernández et al. Una mirada jurídica de la transexualidad en Cuba. **Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla A. C.**, Puebla, v. 20, p. 42-65, 2007. Semestral. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293222932003> .
 Acceso em: 20 out. 2020.

MATIAS, Aline Gomes Tavares; BARONE, María Antonella. Notas tecnopolíticas e (trans)feministas para (re) inventar maternidades. **Rebeh - Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 2, n. 02, p.178-196, jan. 2020. ISSN 2595-3206. Disponible en: <http://www.revistas.unilab.edu.br/index.php/rebeh/article/view/345>. Acceso en: 15 ene. 2020.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 16, n. 40, p. 107-120, 6 mar. 2012. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000100009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acceso en: 03 dez. 2020.

MATOS, Marlise. **Quem são as mulheres das políticas para as mulheres no Brasil: o feminismo estatal participativo brasileiro**. Porto Alegre, RS: Zouk, 2018. 276 p.

MAZMANIAN, Daniel; SABATIER Paul. **Effective policy implementation**. Lexington: Lexington Books, 1981, 240p.

MEINHARDT, Yanaê Maiara. **Nas trincheiras do proibicionismo: a fabricação de masculinidades criminalizáveis**. 2020. 91 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

MESTRE MALFRÁN, Yarlenis; LAGO, Mara Coelho de Souza; OLIVEIRA, João Manuel de. Interseccionalidade e igualdade de gênero em tensão: políticas públicas de saúde em cuba. **Feminismos**, Salvador de Bahía, v. 6, n. 1, p. 4-19, jun. 2018. Disponible en: <https://portalseer.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/30358/17890>. Acceso en: 30 jun. 2018.

MESTRE MALFRÁN, Yarlenis; OLIVEIRA, João Manuel de; LAGO, Mara Coelho de Souza. Tránsitos de género en Cuba: políticas públicas y migraciones género-disidentes. **Periodicus**, Salvador, v. 1, n. 12, p. 165-182, 2019. Disponible en: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/33006/20896> . Acceso en: 01 dez. 2019.

MESTRE MALFRÁN, Yarlenis; OLIVEIRA, João Manuel de. Un abordaje interseccional de la ciudadanía trans en Cuba. **Psicología Política**, São Paulo, v. 20, n. 48, p. 448-461, set. 2020. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000200014&lng=pt&nrm=iso&tlng=es. Acceso en: 20 dez. 2020.

MESTRE MALFRÁN, Yarlenis; OLIVEIRA, João Manuel de. Unidade e coesão: limites da cidadania para pessoas trans* em cuba. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 25, p. 1-12, maio 2020a. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v25/1807-0329-pe-25-e46605.pdf>. Acceso en: 20 jun. 2020

MIGNOLO, Walter. La idea de América Latina: la derecha, la izquierda y la opción decolonial. **Crítica y Emancipación**, Buenos Aires, v. 1, n. 2, p. 251-276, jan. 2009. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/secret/CyE/CyE2/09idea.pdf>. Acceso en: 05 maio 2017.

MILES, Penny. ID Cards as Access: negotiating transgender (and intersex) bodies into the chilean legal system. In: WILLSON, Angelia. **Situating Intersectionality**. United States: Palgrave Macmillan, 2013. p. 63-89.

MORA, Guillermo; et al. Características de parejas infértiles en la provincia de Santiago de Cuba. **Medisan**, Cuba, v. 23, n. 6, p. 1058-1069, dez. 2019. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192019000601058&lng=es&tlng=es. Acceso en: 30 jan. 2019.

MOREIRA, Adilson. **Racismo Recreativo**. São Paulo: Pólen, 2019. 232 p.

MOSCHKOVICH, Marília Bárbara Fernandes Garcia. **Feminist Gender Wars: the reception of the concept of gender in brazil (1980s -1990s) and the global dynamics of production and circulation of knowledge**. 202 f. Tese (Doutorado) - Curso de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018.

MOSCHKOVICH, Marília Bárbara Fernandes Garcia. Notas para um materialismo bi-alético. **Rebeh**, Brasília, v. 3, n. 10, p. 109-127, abr. 2020. Disponible en: <http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/index>. Acceso en: 03 jan. 2021

MOUFFE, Chantal. Democracia, cidadania e a questão do pluralismo. **Política e Sociedade**, Florianópolis, v. 2, n. 3, p. 11-26, 01 jan. 2003. Disponible en: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2015>. Acceso en: 15 fev. 2018

MOUFFE, Chantal. **Sobre o político**. São Paulo: Martins Fonte, 2015. 135 p.

NEDEL, Juno. **Habitando as margens: patologização das identidades trans e seus efeitos no brasil a partir do caso Mário da Silva (1949-1959)**. 179 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de História, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

NICOT, Luis Felipe; QUEVEDO, Aracelis; NICOT, Yoannia. Dinámica e impacto de la atención a parejas con infertilidad. **Revista Información Científica**, Guantánamo, v. 95, n. 5, p. 711-720, ago. 2016. Disponible en: <http://www.revinfocientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/59/2224>. Acceso en: 26 maio 2020.

NOA, Ernesto. Impacto del programa de atención a la pareja infértil en la provincia de Mayabeque. **Revista de Ciencias Médicas de Mayabaque**, Cuba, v. 25, n. 2, p. 79-81, out. 2018. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1225/1554>. Acceso en: 26 maio 2020

NOGUEIRA, Conceição. **Interseccionalidade e psicologia feminista**. Salvador, Bahia: Devires, 2017. 130 p.

NOGUEIRA, Sidnei. **Intolerância religiosa**. São Paulo: Pólen, 2020. 160 p.

NÚÑEZ, Geni Daniela Longhini. **Mãe (nem)sempre sabe**. Existências e saberes de mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

NÚÑEZ, Geni Daniela Longhini. **Breve glossário decolonial**, 2020 (inédito).

OLIVEIRA, André Lucas Guerreiro. Os homens transexuais brasileiros e o discurso pela (des)patologização da transexualidade. In: JESUS, Jaqueline Gómez de (org.). **Transfeminismo: teorias e práticas**. Rio de Janeiro: Metanoia, 2014. p. 87-105.

OLIVEIRA, João Manuel de. **Uma escolha que seja sua: uma abordagem feminista ao debate sobre a interrupção voluntária da gravidez em Portugal**. 346 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Psicologia Social e das Organizações, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Portugal, 2009.

OLIVEIRA, João Manuel de. Os feminismos habitam espaços hifenizados: a localização e interseccionalidade dos saberes feministas. **ex-aequo**, Portugal, v. 1, n. 22, p. 25-39, ago. 2010. Disponível em:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08745560201000020005.

Acesso em: 07 abr. 2018.

OLIVEIRA, João Manuel de. Tumultos de gênero: os efeitos de gender trouble em Portugal. **Periodicus**, Salvador de Bahía, v. 1, n. 3, p. 6-18, maio 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/12844/9852>. Acesso em: 05 mar 2018.

OLIVEIRA, João Manuel de. Trânsitos de Género: leituras queer/trans* da potência do rizoma género. In: COLLING, Leandro. **Dissidências sexuais e de gênero**. Salvador, Bahia: Edufba, 2016. p. 109-131.

OLIVEIRA, João Manuel de. **Desobediências de gênero**. Salvador, Ba: Devires, 2017. 124 p

OLIVEIRA, João Manuel de. Genealogias excêntricas: os mil nomes do queer. **Periódicus** Salvador, n. 6, v. 1, nov.2017a.

OLIVEIRA, João Manuel de. Trans-ações de gênero, operando contra o sistema. **ex æquo**, n.º 38, 2018, pp. 9-16. DOI: <https://doi.org/10.22355/exaequo.2018.38.01> Acesso em: 02 dez. 2019.

ON CUBA (Cuba). **Aumentan embarazos de parejas con problemas de fertilidad en Cuba. On Cuba**. La Habana, 08 jan. 2020. p. 1-2. Disponível em: <https://oncubanews.com/cuba/aumentan-embarazos-de-parejas-con-problemas-de-fertilidad-en-cuba/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

OYĚWÙMÍ, Oyèronké. **LA INVENCION DE LAS MUJERES: una perspectiva africana sobre los discursos occidentales del género**. Bogotá: Editorial En La Frontera, 2017. 316 p.

PAGÉS, Julio César González. **Macho, varón, masculino**. La Habana: Editorial de La Mujer, 2010. 136 p.

PAZ, Juan Valdés; ESPINA, Mayra. Política Social y Políticas públicas. In: PAZ, Juan Valdés; ESPINA, Mayra. **América Latina y el Caribe: La política social en el nuevo contexto**. Enfoques y experiencias, Montevideo: Unesco, 2011, p.13-24.

PEÑA, Evelyn. Maternidades y Paternidades en Políticas Cubanas: cambios, permanencias y desafíos. In: MARTINS, Ana Paula; GUEVARA, María de Los Ángeles. **Políticas de Género na América Latina: aproximações, diálogos e desafios**. Jundá: Paco Editorial, 2015. p. 197-225.

PÉREZ NAVARRO, Pablo. Cisheteronormatividad y Orden Público. In: OLIVEIRA, João Manuel de; AMÂNCIO, Lúcia. **Gênero e sexualidades: intersecções e tangentes**. Lisboa: Centro de Investigação e de Intervenção Social (Cis-Iul), 2017. Cap. 5. p. 89-111.

PÉREZ NAVARRO, Pablo. ¿Es la reproducción siempre ya heterosexual? **Encrucijadas**: Revista Crítica de Ciencias Sociales, España, v. 17, n. 1, p. 1-22, 30 jun. 2019. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/encrucijadas/article/view/79179>. Acceso en: 02 fev. 2021.

PICHS, Lourdes. Nuevas técnicas en Centro de Reproducción Asistida de Holguín. **Ahora**. Holguín, 23 jan. 2020. p. 1-3. Disponible en: <http://www.ahora.cu/es/holguin/7519-nuevas-tecnicas-en-centro-de-reproduccion-asistida-de-holguin>. Acceso en: 30 jan. 2020.

PLATERO, Lucas. ¿Son las políticas de igualdad de género permeables a los debates sobre la interseccionalidad? Una reflexión a partir del caso español. **Revista del CLAD Reforma y Democracia**, n. 52, p. 135-172 febrero, 2012.

PLATERO, Lucas. La interseccionalidad en las políticas públicas sobre la ciudadanía íntima: los discursos y la agenda política española (1995-2012). Tesis de Doctorado. Departamento de Sociología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, 2013.

PLATERO, Lucas. ¿Es el análisis interseccional una metodología feminista y queer? In: AZKUE, Irantzu Mendieta. et al (eds.) **Otras formas de reconocer**. Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista. Bilbao: Hegoa, 2015, p.77-79.

PRECIADO, Paul B. **Testo Yonqui**. Madrid: Espasa Calpe, 2008. 324 p.

PRECIADO, Paul B. Multidões queer: notas para uma política dos “anormais”. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 1, n. 19, p. 11-20, jan. 2011. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2011000100002. Acceso en: 04 abr. 2018.

PRECIADO, Paul B. **Un apartamento en Urano**: crónicas del cruce. Barcelona: Anagrama, 2019. 309 p.

PUAR, Jasbir. “Prefiro ser um ciborgue a ser uma deusa”: interseccionalidade, agenciamento e política afetiva. **Meritum**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 343-370, jun. 2013. Disponible en: <http://revista.fumec.br/index.php/meritum/article/view/2171/0>. Acceso en: 20 abr. 2018.

QUARESMA, Denise; ULLOA, Oscar. Masculinidades en Cuba: legitimación de una dimensión de los estudios de género. **Revista de Estudios Sociales**, Bogotá, n. 42, p. 93-103, abr. 2012. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/res/n42/n42a09.pdf> Acceso en: 11 jan. 2019.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder e Classificação social. In: SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula. **Epistemologias do Sul**. Coimbra: Edições Almedina. Sa, 2009. Cap. 2. p. 73-118.

RADIO SANTA CRUZ (Cuba). **Priorizan programa de reproducción asistida en Cuba. Radio Santa Cruz CMHQ**. Holguín, p. 1-3. 16 dez. 2019. Disponible en: <http://www.radiosantacruz.icrt.cu/priorizan-programa-de-reproduccion-asistida-en-cuba>. Acceso en: 15 fev. 2020.

REDACCIÓN Q DE CUIR (Cuba). **Inicia en Santiago servicio de asesoría legal para personas LGBTIQ+. Q de Cuir**. La Habana, p. 1-2. 16 set. 2019. Disponible en: <https://medium.com/q-de-cuir/inicia-en-santiago-servicio-de-asesor%C3%ADa-legal-para-personas-lgbtqi-edabb189f4b8>. Acceso en: 20 out. 2019.

REYES, Rosa María. **Entre el deber ser y el deseo: mujeres profesionales en busca de su autonomía**. Zaragoza: Prensas de La Universidad de Zaragoza, 2012. 267 p.

REYES, Abel. De la prevención al in vitro. **Granma**. La Habana, p. 1-2. 17 dez. 2018. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2018-12-17/de-la-prevencion-al-in-vitro-17-12-2018-22-12-36?page=2>. Acceso en: 20 jan. 2019.

RIBEIRO, Djamila. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento, 2017.

RICH, Adrienne. Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. **Bagoas**, Rio Grande So Norte, v. 4, n. 05, p. 17-44, 27 nov. 2012. Disponible en: <http://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2309>. Acceso en: 30 jun. 2018.

RIVAS, Owen. **Satisfacción de transexuales santiagueros con los servicios de atención en salud**. 86 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, 2015

RIVERO, Ramón Pino. Género, poder y gobernabilidad en Cuba. In: Colectivo de Autores. **Reflexiones sobre Género**. Villa Clara: Editorial Feijóo, 2009, p.65-75.

RODRÍGUEZ, Ale Mujica. **Cartografias de cuidados à saúde trans na Atenção Primária do município de Florianópolis, 2017 - 2018**. 2019. 146 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Colectiva, Saúde Colectiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

RODRÍGUEZ, José Rodrigo. O universal também está nas margens. In: BUENO, Winnie. **Imagens de controle: um conceito do pensamento de Patricia Hill Collins**. Porto Alegre: Zouk, 2020. Cap. 1. p. 11-25.

RODRIGUES, Silvia Aguião. **Fazer-se no “Estado”**: uma etnografia sobre o processo de constituição dos “LGBT” como sujeitos de direitos no Brasil contemporâneo. 2014. 340 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018.

ROIG, Emilia. Interseccionalidad menos raza= status quo. **Revista Contexto y acción**. Paper presentado en I Jornadas Feministas em Zaragoza. 8-9 Noviembre de 2018. Disponible en: <https://ctxt.es/es/20181107/Firmas/22709/Emilia-Roig-interseccionalidad-Kimberle%CC%81-Crenshaw.htm> Acceso: 21 may. 2020.

ROJAS, Luisa Íñiguez. Aproximación a la evolución de los cambios en los servicios de salud en Cuba. **Revista Cubana de Salud Pública**, La Habana, v. 1, n. 38, p. 109-125, nov. 2012. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100011 . Acceso en: 19 jan. 2020

ROLLO, Rosane Machado; WEBER, Douglas. O Sistema Nacional de Saúde cubano e a geopolítica: reflexões a partir de vivências in loco. **Ágora**, Santa Cruz do Sul, v. 20, n. 02, p. 14-26, nov. 2018. Disponible en: <https://online.unisc.br/seer/index.php/agora/article/view/12358/0>. Acceso en: 30 jan. 2020

ROQUE, Alberto. Diversidad Sexual en las políticas públicas en Cuba: avances y desafíos. **Sexología y Sociedad**, Havana, v. 1, n. 46, p. 34-39, abr. 2011. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/416/457> Acceso en: 20 jan. 2018.

ROQUE, Alberto. Ciudadanía sexual, participación y emancipación: antecedentes y futuro en Cuba: ciudadanía sexual, participación y emancipación: antecedentes y futuro en cuba. **Ips: Ciudadanía sexual, participación y emancipación: antecedentes y futuro en Cuba**. Habana, 13 jul. 2013. p. 1-4. Disponible en: <https://www.ipscuba.net/sociedad/ciudadania-sexual-participacion-y-emancipacion-antecedentes-y-futuro-en-cuba/> . Acceso en: 20 out. 2020.

SALAS, Ramón; SALAS, Arlene. La educación médica cubana: su estado actual. **Revista de Docencia Universitaria**, España, v. 10, n. 1, p. 293-326, dez. 2012. Disponible en: <file:///C:/Users/yarlenis/Downloads/Dialnet-LaEducacionMedicaCubana-4091581.pdf>. Acceso en: 20 abr. 2019.

SAMPAIO, Juliana Vieira; GERMANO, Idilva Maria Pires. Políticas públicas e crítica queer: algumas questões sobre identidade LGBT. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, n.2, p. 290-300, Ago. 2014. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822014000200006&lng=en&nrm=iso . Acceso en: 20 abr. 2019.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Conhecimento prudente para uma vida decente**: um discurso sobre as ciências revisitado. São Paulo: Cortez, 2004. 410 p.

SANTOS, Márcia Cristina Brasil; et al. Proceso transexualizador no Rio de Janeiro: considerações introdutórias a partir do olhar do serviço social. In: COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; SAMPAIO, Liliana Lopes Pedral. **TRANSEXUALIDADES**: um olhar multidisciplinar. Salvador: Edufba, 2014. p. 157-174.

SCHUCMAN, Lia Vainer. **Entre o “encardido” o “branco” e o “branquíssimo”**: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana. 2012. 122 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SCOTT, Joan. **A cidadã paradoxal**: as feministas francesas e os direitos do homem. Florianópolis: Mulheres, 2002. 312 p.

SCOTT, Joan. O enigma da igualdade. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 11-30, jan. 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2005000100002> Acesso em: 25 maio 2017

SCOTT, Joan. Outras reflexões sobre Gênero e Política. **Crítica Histórica**, Alagoas, v. 10, n. 19, p. 10-38, jun. 2019. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/criticahistorica/article/view/8333>. Acesso em: 20 dez. 2019

SEMLAC (Cuba). **Salud de mujeres trans**: necesidades al margen. **Semlac**. Havana, p. 1-5. ago. 2018. Disponível em: <http://www.redsem lac-cuba.net/component/debates/questions/42/105/19.html> . Acesso em: 15 mar. 2019.

SILVA, Allan Gustavo Freire da; et al. A relação entre Estado e políticas públicas: uma análise teórica sobre o caso brasileiro. **Revista Debates**, Rio Grande do Sul, v. 11, n. 1, p. 25-42, 18 abr. 2017. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/debates/article/view/72132/41081>. Acesso em: 10 mar. 2020.

SILVA, Luciana de Mesquita. Feminismo negro estadunidense e sua (in)visibilidade no cenário brasileiro: questões de tradução. **Revista Ártemis**, vol. XXVII nº 1; jan-jun, 2019. pp. 182-205.

SMOOTH, Wendy. Intersectionality from theoretical framework to policy intervention. In: WILSON Argelia R. (Edit) **Situating intersectionality**. United States: Palgrave Macmillan, 2013, pp. 11-41.

SPADE, Dean. **Una vida normal**: la violencia administrativa, la política trans crítica y los límites del derecho. Barcelona: Bellaterra S. L., 2015. 271 p.

STOLCKE, Verena. **Racismo y sexualidad en la Cuba colonial**. Madrid: Alianza Editorial, 1992. 235 p.

STOLCKE, Verena. ¿Qué tiene que ver el género con el parentesco? **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 44, n. 151, p. 176-189, mar. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010015742014000100009&lng=es&tlng=es. Acesso em: 26 mar. 2020

STRATHERN, Marilyn. Necessidade de pais, necessidade de mães. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 2, n. 95, p. 303-329, fev. 1995.

TAYLOR, Steven.J.; BODGAN, Robert. **Introducción a los métodos cualitativos de investigación**: ir hacia la gente. Barcelona: Paidós, 1987. 343 p.

TEIXEIRA, Flávia. (Des)engano: revisando as portarias do processo transexualizador no sus. In: UZIEL, Anna Paula.; GUILHON, Flávio. **Transdiversidades**: práticas e diálogos em trânsitos. Rio de Janeiro: Eduerj, 2017. p. 315-354.

TOPA, Joana; NOGUEIRA, Conceição; NEVES, Sofia. A teoria da interseccionalidade: sua contribuição na transformação das políticas públicas e dos sistemas de saúde. In: TORRES, Anália; COSTA, Dália; CUNHA, Maria João. **Estudos de Género**: diversidade de olhares num mundo global. Lisboa: Cieg, 2018. Cap. 1. p. 31-44.

TORRES, Ailynn. Los costos de la vida: (re)pensar la ciudadanía para los Ciudadanos. **Temas**, La Habana, v. 1, n. 85, p. 91-98, jun. 2016. Disponible en: <https://sinpermiso.info/textos/los-costos-de-la-vida-repensar-la-ciudadania-para-los-ciudadanos>. Acceso en: 20 jun. 2019.

TRUTH, Sojourner et al. **Feminismos Negros**: una antología. Madrid: Traficantes de Sueños, 2012. 321 p.

TRUTH, Sojourner. E não sou uma mulher? **Geledés** ([1851]. 08 de jan. 2014). Recuperado de <https://www.geledes.org.br/e-nao-sou-uma-mulher-sojourner-truth>

ULLOA, Oscar; MESTRE, Yarlenis. Ser hombre en Cuba: malestares, contradicciones e ironías de la hegemonía. In: RIVERO, Ramón et al. **Reflexiones sobre Género**. Villa Clara: Editorial Feijóo, 2009. p. 86-10

VALENTI, Carmen. Los Programas de Salud como políticas públicas en Cuba. Conference Paper, Convenção Internacional de Saúde CUBA SALUD, La Habana, 2015. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Carmen_Valenti_Perez. Acceso en: 17 jun. 2017.

VALDÉS, Caridad. El acceso a algunas técnicas de reproducción humana asistida: crónica de una vida anunciada. **IUS**, Puebla, v. 11, n. 39, p. 9-23, jun. 2017. Disponible en: <https://www.revistaius.com/index.php/ius/article/view/297/293>. Acceso en: 30 jan. 2019.

VELAZCO, Mercedes Jabardo. Construindo pontes: diálogos a partir do/com o feminismo negro. **Ártemis**, Paraíba, v. , n. 1, p. 89-114, jun. 2019. Disponible en: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/artemis/article/view/46700> . Acceso en: 03 ago. 2019.

VELOZ, Germán; MARTÍNEZ, Julio. Reproducción asistida en Cuba: nuevas razones para la felicidad. **Granma**. Cuba, p. 1-2. 15 jan. 2020. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2020-01-15/reproduccion-asistida-en-cuba-nuevas-razones-para-la-felicidad>. Acceso en: 30 jan. 2020.

VERGUEIRO, Viviane. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes**: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade. 2015. 244 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Cultura e Sociedade, Humanidades, Artes e Ciências, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2015.

VERGUEIRO, Viviane. **Sou travestis**: estudando a cisgeneridade como uma possibilidade decolonial. Brasília: Padê Editorial, 2018. 69 p.

VIDARTE, Paco. **Ética bixa**: proclamações libertárias para uma militância LGBTQ. São Paulo: N-1 Edições, 2019. 184 p.

WILSON, Angelia (Edit). **Situating Intersectionality**: politics, policy and power. United States: Plgrave Mcmillans, 2013, 221 p.

ANEXOS

ANEXO 1



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR
EM CIÊNCIAS HUMANAS - DOUTORADO**

Término de Consentimiento libre y esclarecido (para entrevistadxs)

Estimada (o):

Nos gustaría invitarla a tomar parte en esta investigación como participante. El estudio está vinculado a la tesis doctoral titulada “**Políticas públicas de salud trans-específica y de reproducción asistida en Cuba: un análisis feminista interseccional.**”, que se propone discutir los límites y posibilidades de la atención en salud y su relación con identidades de género y cuerpos no normativos y diversos, en el contexto de la reproducción asistida y la ciudadanía trans, a través de entrevistas con usuarias/os y profesionales de los servicios de salud y otros, relacionados con las políticas públicas analizadas.

La investigación tiene como objetivo contribuir a la mejora de los servicios de salud ofrecidos por el Sistema Nacional de Salud cubano para personas usuarias de estos servicios (transexuales y parejas infértiles), mostrando las necesidades de capacitación, calificación de profesionales y diálogos, profesionales y usuarias/os. que ayudan a hacer visibles las experiencias y estrategias de articulación entre estos sectores, para una mejor calidad en el cuidado y la vida de las personas que demandan de servicios en el ámbito de las modificaciones corporales y otras intervenciones en estrecho vínculo con la autodeterminación de género. De este modo, se obtienen beneficios tanto para los usuarios como para el equipo de salud involucrado en la atención.

Existen tres investigadoras/es responsables de esta investigación: Yarlenis Ileinis Mestre Malfrán, como investigadora principal, estudiante de doctorado actual del Programa de Posgrado en Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Humanas de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC) y los profesores: Prof. Dra. Mara Coelho de Souza Lago y Dr. João Manuel de Oliverira, ambos vinculados a la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC), y en su función de tutora y co-tutor de la tesis.

A través de este término de consentimiento, informamos los siguientes puntos:

✓ Se garantizará el derecho de confidencialidad de su nombre y otros datos personales que permitan su identificación. Aún así, estamos obligados a informar que, a pesar de todos los esfuerzos, la confidencialidad puede eventualmente romperse involuntariamente y sin intención y puede ocurrir en casos excepcionales de pérdida o robo de documentos, computadoras, memorias USB, discos duros, grabadoras, entre otros instrumentos electrónicos.

✓ Su participación en esta investigación es voluntaria e incluso una vez iniciada, puede negarse a participar o retirar su consentimiento. Se le garantiza el derecho de acceder a la información recopilada directamente de usted y a los resultados generales obtenidos.

✓ Su participación en esta investigación será a través de una entrevista (o más si lo consideramos necesario en nuestros contactos iniciales y si usted acepta).

✓ De ser posible, estas reuniones se grabarán (audio) y se transcribirán con su permiso, y puede dejar de grabar cuando lo desee.

✓ La información recopilada en la (s) entrevista (s) se usará estrictamente para fines de investigación y se puede usar para posibles publicaciones, pero siempre salvaguardando la confidencialidad y el anonimato, sin cargo alguno para el investigador y la persona entrevistada.

✓ Este término está redactado en dos copias, las cuales serán firmadas por el invitado a participar en la investigación (o su representante legal), así como por la investigadora principal. El participante tendrá una copia y la investigadora principal la otra. Es importante que mantenga cuidadosamente su ruta, ya que es un documento que brinda información de contacto importante y garantiza sus derechos como participante de la investigación.

• Si tiene preguntas sobre el estudio, como preguntas de procedimiento, riesgos, beneficios o cualquier pregunta, tiene derecho a obtener respuestas. Las direcciones de contacto del investigador principal y tutor se enumeran al final.

Firman la presente:

La participante, dando cuenta de que leyó el documento y obtuvo de la investigadora principal toda la información necesaria para sentirse informada/o y elegir libre y espontáneamente participar en la investigación, aceptando el uso de la información otorgada en la forma prevista en este término.

Participante

Local y fecha:

Yarlenis Ileinis Mestre Malfrán

Investigadora Principal

Contato:

E-mail: yarlenispsicodecuba@gmail.com

Fone: (48) 998295174

Centro de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade Federal de Santa Catarina -
Campus Universitário - Trindade - CEP: 88040-970